

Der Zusammenhang zwischen soziodemographischen
Faktoren und Stressverarbeitungsstrategien und der
gesundheitsbezogenen Lebensqualität
von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Anna Lehmann

aus Köln

Gießen 2012

Aus dem Fachbereich für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen
und Marburg (GmbH); Standort Gießen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Bernd Gallhofer

Erstgutachter: PD Dr. Franz

Zweitgutachterin: PD Dr. Pauli-Pott

Tag der Disputation: 23.02.2012

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	1
1. EINLEITUNG.....	1
1.1 DIE SITUATION DER KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN	1
1.2 DIE MANGELHAFTER VERSORGUNGSSITUATION VON KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER ELTERN	3
1.3 ZIELSETZUNG DER STUDIE.....	4
2. THEORETISCHER TEIL.....	6
2.1 DIE LEBENSQUALITÄT ALS ZIELPARAMETER BEI KINDERN PSYCHISCH KRANKER ELTERN	6
2.1.1 DER BEGRIFF „LEBENSQUALITÄT“	6
2.1.2 DIE LEBENSQUALITÄT VON KINDERN UNTER BELASTUNG	9
2.2 SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN	12
2.2.1 DEFINITION.....	12
2.2.2 SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN BEI KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER.....	13
2.3 FAKTOREN, DIE SICH AUF DIE LEBENSQUALITÄT AUSWIRKEN.....	15
2.3.1 OBJEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSQUALITÄT	15
2.3.2 SUBJEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSQUALITÄT.....	21
2.3.3 DIE STRESSVERARBEITUNG ALS SCHUTZ-/ BELASTUNGSFAKTOR BEI KINDERN.....	25
2.3.3.1 DEFINITION STRESSVERARBEITUNG (COPING).....	25
2.3.3.2 DIE STRESSVERARBEITUNGSSTRATEGIEN VON KINDERN IN UNVERÄNDERLICHEN BELASTUNGSSITUATIONEN	26
2.3.3.3 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT.....	27
2.3.3.3.1 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT IM SELBSTBERICHT	27
2.3.3.3.2 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT IM FREMDBERICHT	31
2.3.3.3.3 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT IM SELBST- UND ELTERNBERICHT.....	31
2.3.3.3.4 BEDEUTUNG VON SELBST- UND FREMDBEURTEILUNGEN	35
2.3.4 MÖGLICHE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSQUALITÄT VON KINDERN PSYCHISCH KRANKER.....	35
2.4 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	37
3. METHODIK.....	41
3.1 DIE STICHPROBE	41
3.1.1 EINSCHLUSSKRITERIEN	41

3.1.2 AUSSCHLUSSKRITERIEN	42
3.1.3 UMFANG UND ZUSAMMENSETZUNG DER STICHPROBE	43
3.1.3.1 STICHPROBENUMFANG	43
3.1.3.2 GESCHLECHT DER INTERVIEWTEN ELTERN	44
3.1.3.3 ALTER DER INTERVIEWTEN ELTERN	44
3.1.3.4 PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN DER ELTERN	45
3.2 ABLAUF DER UNTERSUCHUNG	46
3.2.1 DIE INTERVIEWERINNEN	46
3.2.2 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	47
3.3 ERHEBUNGSVERFAHREN	49
3.3.1 ERHEBUNG SOZIODEMOGRAPHISCHER UND KLINISCHER ANGABEN	51
3.3.2 ERHEBUNG SUBJEKTIVER SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN DER KINDER	51
3.3.3 UNABHÄNGIGE VARIABLE STRESSVERARBEITUNG GEMESSEN MIT SVF-KJ	54
3.3.4 ABHÄNGIGE VARIABLE LEBENSQUALITÄT GEMESSEN MIT KINDL ^R	57
3.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG	59
4. ERGEBNISSE	61
4.1 DESKRIPTIVE ANGABEN ZU SOZIALEN UND DEMOGRAPHISCHEN MERKMALEN DER STICHPROBE	61
4.1.1 DEMOGRAPHIE DES BESCHRIEBENEN KINDES	61
4.1.2 DEMOGRAPHIE UND KLINISCHE DATEN DER ERKRANKTEN ELTERN	64
4.1.3 DEMOGRAPHIE DER FAMILIEN	66
4.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN OBJEKTIVEN SCHUTZ-UND BELASTUNGSFAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER	67
4.2.1 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN DER KINDER UND IHRER LEBENSQUALITÄT	67
4.2.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN DER ERKRANKTEN ELTERN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER	72
4.2.3 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KLINISCHEN VARIABLEN DER ERKRANKTEN ELTERNTEILE UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER	76
4.2.4 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN FAMILIÄREN UND IN DER UMWELT LIEGENDEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER	78
4.3 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SUBJEKTIVEN SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER	81
4.3.1 GRAD DER DEPRESSIVITÄT (HYPOTHESE 16A)	81
4.3.2 DAS SELBSTWERTGEFÜHL (HYPOTHESE 16B) UND SELBSTKONZEPT (HYPOTHESE 16C) DER KINDER	82
4.3.3 DIE STRESSVERARBEITUNG (HYPOTHESE 17)	85

4.3.3.1 DER ZUSAMMENHANG STRESSREDUZIERENDER STRESSVERARBEITUNGSMECHANISMEN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER (HYPOTHESE 17A).....	85
4.3.3.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN STRESSVERMEHRENDEN STRESSVERARBEITUNGSSTRATEGIEN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER (HYPOTHESE 17B).....	90
5. DISKUSSION	94
5.1 ÜBERSICHT.....	94
5.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE IM BEZUG AUF ANDERE STUDIEN.....	95
5.2.1 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEMOGRAPHISCHEN DATEN DER KINDER UND IHRER LEBENSQUALITÄT	95
5.2.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN DER ELTERN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER.....	96
5.2.3 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KLINISCHEN VARIABLEN DER ELTERN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER	98
5.2.4 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN FAMILIÄREN UND UMWELTBEOZUGENDEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER.....	100
5.2.5 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SUBJEKTIVEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER.....	101
5.3 DISKUSSION DER METHODIK UND KONZEPTION DER STUDIE	106
5.4 SCHLUSSFOLGERUNG UND ANSÄTZE FÜR WEITERE STUDIEN	112
5.5 AUSBLICK	114
6. ZUSAMMENFASSUNG.....	116
6.1 ENGLISCHE ZUSAMMENFASSUNG / ABSTRACT.....	120
7. LITERATURVERZEICHNIS.....	123
8. ANHANG.....	139
8.1 TABELLEN	139
8.1.1 INHALT DES FRAGEBOGENS ZUM ERKRANKTEN ELTERNTEIL	139
8.1.2 INHALT DES FRAGEBOGENS ZUM KIND.....	140
8.2 DANKSAGUNG	143
8.3 VERZEICHNIS AKADEMISCHER LEHRER	143
8.4 EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG.....	144

1. EINLEITUNG

„Die Ärzte wussten nicht einmal, dass es mich gibt...“ sagt Heike, deren Kindheit abrupt im Alter von neun Jahren endete. Ab diesem Zeitpunkt bestimmte der Verfolgungswahn ihrer Mutter ihr Leben. Hilflosigkeit, Überforderung und Selbstzweifel prägten ihren Alltag, ihr Leben wurde zur Gradwanderung zwischen Realität und Wahn: „Ich habe alle meine Wahrnehmung angefangen zu hinterfragen. (...) Da muss mit mir etwas falsch sein“, dachte sie, denn wie konnte es sein, dass sie so indifferent ihrer Mutter gegenüber empfand? Fehlende Sensibilität – das war deren Erklärung. „Der größte Fehler war, dass man mich total alleine gelassen hat“, sagt Heike.

Sie redete sich ein, dass sie ihre Mutter nicht verraten dürfe. Schließlich vertraute sie sich doch einem Lehrer an. Der schenkte ihr keinen Glauben und sagte, sie solle „aufhören, solche Geschichten zu verbreiten...“ (Soliman, 2002).

1.1 DIE SITUATION DER KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN

Der hier beschriebene Fall ist keine Seltenheit: Viele Kinder psychisch kranker Eltern fühlen sich allein gelassen, vernachlässigt und leiden unter der belastenden Situation, der nach heutigem Wissenstand nur unzureichend Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Die vorliegende Arbeit soll jedoch nicht nur auf die schwierige und belastende Situation der betroffenen Kinder hinweisen. So können besonders die Kinder unterstützt werden, die ein hohes Risiko für Entwicklungsstörungen oder eigene psychische Störungen haben. Um eine Differenzierung erreichen zu können, sollen die Faktoren identifiziert werden, die es ihnen ermöglichen, trotz starker emotionaler und sozialer Belastungen gesund zu bleiben.

Wie häufig Kinder durch die psychische Erkrankung eines Elternteils unter erschwerten Bedingungen aufwachsen, zeigen folgende Zahlen: Nach Mattejat (2007) wachsen in der Bundesrepublik „mindestens 2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit irgendeiner schwerwiegenden psychischen Störung auf“. Nach Schätzungen von Remschmidt und Mattejat (1994) gibt es in Deutschland allein 300.000 bis 500.000 betroffene Kindern mit schizophren und affektiv erkrankten Eltern. Mattejat rechnet 2007 mit 100.000 Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil und 600.000 Kindern, die bei einem Elternteil mit einer gravierenden Depression aufwachsen. Auch die

Hochrechnung von Franz und Jäger (2007) zeigt die Prävalenz von Kindern mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil: Die Studie ergibt - hochgerechnet auf 942.967 Personen im Alter von über 15 Jahren, die 2002 wegen psychischen Erkrankungen oder Verhaltensstörungen vollstationär behandelt wurden - dass in Deutschland pro Jahr ca. 425.000 Kinder und Jugendliche von der psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind. Noch nicht berücksichtigt sind hierbei ambulant behandelte oder teilstationäre Patienten psychiatrischer Kliniken. Nach Knuf (2001) hat jedes vierte in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesene Kind mindestens einen psychisch kranken Elternteil.

Berücksichtigt werden muss, dass die Angaben über die Zahl der betroffenen Kinder sehr stark schwanken. Dies liegt vor allem darin begründet, dass die Studien völlig unterschiedliche Einschlusskriterien aufweisen (Sommer, Zoller & Felder, 2001).

Vollerhebungen ergeben, dass 15-30% der stationär in eine Psychiatrie aufgenommenen Patienten Eltern minderjähriger Kinder sind (Sommer et al., 2001). Umso erstaunlicher ist es, dass Kindern psychisch erkrankter Personen erst seit wenigen Jahren fachöffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit zuteil wird (Franz, 2005).

Bisherige Erkenntnisse über die Situation von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil stammen zudem zu einem großen Teil aus exemplarischen Fallbeschreibungen oder Interviews mit bereits erwachsenen Kindern psychisch Kranker, die retrospektiv ihre Kindheit beurteilen (Franz, 2005).

Lange wurden Angehörige psychisch Erkrankter als Mitverursacher der psychischen Störung oder als lediglich genetisch Mitbetroffene angesehen, heute rückt dagegen mehr in den Vordergrund, dass sie als Versorger der chronisch Kranken die Hauptlast tragen und dadurch erheblichen sozialen und emotionalen Belastungen ausgesetzt sind (Franz, Meyer & Gallhofer, 2003). Dies betrifft zu einem großen Teil auch die Kinder, die sich der schwierigen Situation nicht entziehen können und in der Regel das schwächste Glied der Familie darstellen. Aus der hohen emotionalen und sozialen Belastung resultiert für sie ein stark erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen und eigene psychische Erkrankungen (Franz, 2005). Nach Rutter (1984) zeigen ein Drittel der betroffenen Kinder langfristige Auffälligkeiten. Die erhöhte Wahrscheinlichkeit, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln, liegt also nicht nur in genetischen Gründen. Vielmehr sind hierfür oft die belastenden Lebensumstände und die daraus resultierende stark eingeschränkte Lebensqualität verantwortlich (Nolte, 2005).

Neben einem erhöhten Krankheitsrisiko und der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten (Lenz, 2005) treten laut Wagenblass (2004) in betroffenen Familien weitere zentrale Probleme wie Desorientierung, Schuldgefühle und sozialer Rückzug auf. Kinder verstehen die Krankheitssymptome ihrer Eltern nicht und fühlen sich in Bezug auf deren Probleme schuldig. Die psychische Krankheit gilt in der Regel als Tabu – die Kinder können sich mit ihren Sorgen an niemanden wenden, so dass sozialer Rückzug häufig die Folge ist (Wagenblass, 2004). Außerdem treten durch die Erkrankung der

Eltern Folgeprobleme auf: Betreuungsdefizite und Vernachlässigung durch die Überforderung der kranken Eltern, Rollenumkehr von Eltern und Kind (Parentifizierung), Abwertungserlebnisse und Loyalitätskonflikte (vgl. Lenz, 2005). Auch Matthejat (2009) weist auf eine Kumulierung von Belastungsfaktoren bei Kindern mit psychisch krankem Elternteil hin. Diese Häufung belastender Faktoren bedeutet ein erhöhtes Risiko für die Entstehung eigener psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.

In einer Studie mit 216 Angehörigen schizophrener und depressiv Erkrankter, die an der Universitätsklinik Gießen behandelt werden, beträgt der Anteil der erwachsenen Kinder im Alter von 20 bis 49 Jahren 10,3% (Franz et al., 2003). Die Belastung durch das psychisch erkrankte Familienmitglied nehmen die Angehörigen subjektiv vor allem im gesundheitlichen Bereich sowie durch Einschränkungen ihrer Freizeit und sozialer Bereiche wahr. Müdigkeit, Nacken- und Kreuzschmerzen wurden auch von Franz (2000) festgestellt. Die subjektiven und objektiven Belastungen der Söhne und Töchter der psychisch Erkrankten sind im Vergleich zur Belastung der Eltern oder Partner signifikant höher. Weitere Gründe liegen im fehlenden Verständnis für die Situation und an der nicht gegebenen Möglichkeit für das Kind, adäquate Hilfe aufzusuchen.

1.2 DIE MANGELHAFTHE VERSORGUNGSSITUATION VON KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER ELTERN

Aufgrund der Erkenntnisse, wie viele Kinder von der psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen und somit vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind wird deutlich, dass großer Hilfsbedarf besteht. Doch immer noch kommen Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Jugendhilfe erst dann mit den Kindern in Kontakt, wenn diese bereits manifeste Störungen zeigen oder soziale Schäden davon getragen haben (Franz, 2005). Um diesen Zustand zu verbessern, müssen angemessene primär- und sekundärpräventive Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Primärprävention umfasst die Hilfsangebote, die vor Eintritt eigener manifester Störungen der Kinder eingreifen. Bei sekundärpräventiven Maßnahmen handelt es sich um die Erkennung von Frühstadien einer Erkrankung und die frühe Intervention zur Verhinderung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen. Hierbei ist es nach Franz (2005) besonders wichtig, „die Gradwanderung zwischen Unterversorgung (Allein-Lassen im pathogenen Umfeld) und Über-Intervention (Stigmatisierung/ Abschreckung von weniger belasteten Kindern oder Familien)“ zu meistern.

Der Hilfsbedarf der Kinder psychisch Kranker ist komplex. Bisher ist das Datenmaterial zu Epidemiologie und subjektivem Erleben der Betroffenen sowie dem tatsächlichen quantitativen und qualitativen Hilfsbedarf jedoch unzureichend. Es fehlt an ausreichend exakten empirischen Daten zur

Anzahl betroffener Kinder, Art und Häufigkeit von Belastungen und Störungsbildern. Neben der Unklarheit bezüglich des Umfangs des Hilfsbedarfs fehlt es an weiteren zentralen Voraussetzungen, um adäquate Hilfsangebote zu gewährleisten (Franz, 2005): Es muss eine stärkere Vernetzung der fachlichen Institutionen stattfinden, um integrative Hilfestellung und eine möglichst frühzeitige ambulante Betreuung zu gewährleisten. Die Situation von Kindern psychisch Kranker als Betroffene und stark belastete Angehörige muss im Bewusstsein von behandelnden Fachkräften verankert werden.

Ziel ist es, die genannten Probleme anzugehen, um betroffenen Kindern die benötigte Hilfestellung sowie primär- und sekundärpräventive Angebote zur Verfügung stellen zu können. Aus diesem Grund wurde das Projekt „Prävention von Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern“ von der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/ Sozialpsychiatrie der Universität Gießen ins Leben gerufen. Die vorliegende Arbeit ist Teil des Projektes und soll dazu beitragen, Einflussfaktoren auf die Situation der Kinder aufzudecken, um adäquate Hilfe leisten zu können. Es handelt es sich um ein pilotartiges Projekt, das das Vorhandensein und die Situation der betroffenen Kinder in den Blickpunkt der Öffentlichkeit rücken möchte. Obwohl inzwischen bekannt ist, dass Kinder psychisch Kranker zu einer stark belasteten Personengruppe gehören, liegen bisher keine Studien dieser Art und diesen Umfangs vor: Durch Befragungen in psychiatrischen Kliniken soll die tatsächliche Zahl der Betroffenen ermittelt sowie die Situation der betroffenen Minderjährigen und ihr konkreter Bedarf an Unterstützung und Hilfe dargelegt werden. Ein besonders wichtiger Punkt ist die Differenzierung zwischen wenig belasteten Kindern mit keinem oder nur geringem Hilfsbedarf und hoch gefährdeten Kindern mit dem Risiko einer Entwicklungsstörung, um individuell zugeschnittene Hilfsangebote entwickeln zu können.

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Frage, wie diese Differenzierung der unterschiedlich stark belasteten Kinder geschehen kann.

1.3 ZIELSETZUNG DER STUDIE

Das Projekt „Prävention von Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern“ von der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/ Sozialpsychiatrie der Universität Gießen hat zum Ziel, eine Merkmalsliste von Variablen, die als Schutz- oder Belastungsfaktoren auf die Anpassung der Kinder einwirken, zu erstellen. Die vorliegende Arbeit ist Teil des Projektes und soll zur Verwirklichung dieses Projektzieles beitragen. Dabei stellt die Lebensqualität als Operationalisierung der Anpassung

an eine Belastungssituation die abhängige Variable dar, für welche die Vorhersagekraft verschiedener Daten als unabhängige Variablen (Prädiktoren) geprüft werden sollen.

Es soll getestet werden, welchen Zusammenhang es zwischen bestimmten objektiven (soziodemographischen) und subjektiven (Persönlichkeitsmerkmale des Kindes) Faktoren und der Lebensqualität betroffener Kinder gibt. Im Besonderen soll geklärt werden, inwiefern die Art der Stressverarbeitung von Kindern psychisch Erkrankter mit der Lebensqualität der Kinder in Zusammenhang steht. Die Lebensqualität erfasst in diesem Fall den Grad der Anpassung an die Belastungssituation, der die Kinder durch die psychische Erkrankung eines Elternteils ausgesetzt sind.

Dazu wurde eine Querschnittsmessung an psychisch erkrankten Elternteilen durchgeführt, die Fragen zur Soziodemographie, zu Persönlichkeitsfaktoren, der Stressverarbeitung und Lebensqualität der Kinder beantworteten.

In der Einleitung der vorliegenden Arbeit wurde zunächst die Situation der Kinder psychisch erkrankter Eltern sowie ihre mangelhafte Versorgungssituation geschildert. Im folgenden theoretischen Teil werden nun die Lebensqualität als Zielparameter, Schutz- und Belastungsfaktoren der betroffenen Kinder und mögliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität vorgestellt. Im Besonderen wird der Zusammenhang zwischen der Stressverarbeitung und der Lebensqualität von Kindern behandelt. Kapitel 2 endet mit den Fragestellungen und Hypothesen der Arbeit. Im anschließenden Methodenteil (Kapitel 3) folgt die Beschreibung der Stichprobe, des Ablaufes der Untersuchung, der Erhebungsverfahren und der statistischen Auswertung der Arbeit. Der Ergebnisteil beginnt in Kapitel 4.1 mit deskriptiven Angaben zu sozialen und demographischen Merkmalen der Studie. Anschließend folgen die Ergebnisse zum Zusammenhang der objektiven und subjektiven Einflussfaktoren mit der Lebensqualität der Kinder. Als bedeutendem Einflussfaktor der Lebensqualität wird der Stressverarbeitung erneut besondere Beachtung geschenkt. Die Diskussion beginnt mit einer Übersicht und beschäftigt sich im weiteren Verlauf mit der Diskussion der Ergebnisse im Kontext anderer Studien sowie der Methodik und Konzeption der Studie. Nach der Schlussfolgerung und Ansätzen für weitere Studien endet Kapitel 5 mit einem Ausblick. Abschließend wird die Studie noch einmal zusammengefasst.

2. THEORETISCHER TEIL

2.1 DIE LEBENSQUALITÄT ALS ZIELPARAMETER BEI KINDERN PSYCHISCH KRANKER ELTERN

Um die Anpassung an belastende Situationen zu messen und zwischen hoch und weniger belasteten Kinder differenzieren zu können, muss eine geeignete Zielvariable eingesetzt werden, die sowohl die objektive Situation des Kindes als auch sein subjektives Empfinden der Belastung einbezieht. Laut Ravens-Sieberer, Ellert und Erhart (2007) eignet sich die Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität gut dazu, gefährdete und beeinträchtigte Kinder frühzeitig zu identifizieren.

2.1.1 DER BEGRIFF „LEBENSQUALITÄT“

Lebensqualität wird an vielen verschiedenen Faktoren gemessen und beschreibt im Allgemeinen den individuellen Grad der persönlichen Zufriedenheit und des Wohlbefindens. Auch die WHO (WHOQOL, 1995) definiert die Lebensqualität als etwas sehr Individuelles: „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Die Lebensqualität ist ein weit gefächerter Begriff, der in komplexer Weise von der körperlichen Gesundheit, dem psychologischen Status, dem Level an Unabhängigkeit, den sozialen Beziehungen und den besonderen Fähigkeiten eines Menschen beeinflusst ist.“ (vgl. Berlim & Fleek, 2003).

Das Lebensqualitätskonzept umfasst sowohl die objektiven Lebensbedingungen als auch die subjektive Sichtweise eines Menschen. Die ‚Subjektive Lebensqualität‘ beinhaltet ein sehr vielseitiges Spektrum an Bedeutungen, Operationalisierungen und Anwendungen - gemeinsam über alle Bereiche hinweg ist, dass die subjektive Perspektive des Patienten abgebildet werden soll (Franz, 2004; vgl. Angermeyer, 1994, 2000; Awad et al., 1997a; Barry, 1997; Bullinger, 2000; Franz et al. 2000a,d; Katschnig, 1997; Kilian, 1995; Lehman, 1983; Meyer et al., 1998; Naber, 1998; Priebe et al., 1995). Die Lebensqualität umfasst das körperliche, psychische und soziale Befinden eines Individuums und hängt somit einerseits von äußeren, objektiv messbaren Faktoren wie zum Beispiel Wohlstand, Bildung, Gesundheit und sozialem Netzwerk ab, andererseits ist sie vom subjektiven Empfinden der Person in der entsprechenden Lebenssituation abhängig.

Weiterhin ist der Grad des Wohlbefindens von persönlichen Überzeugungen geprägt: Bei Einigen hängt er vor allem von materiellem Wohlstand, einer guten Arbeitsstelle und Ansehen ab, bei Anderen haben ein guter Freundeskreis und ein intaktes Familienleben größere Bedeutung. Meyer und Franz (2006) zeigen in ihrer Studie vor allem die Bedeutung des unmittelbaren sozialen Netzwerkes einer psychisch erkrankten Person für ihre Lebensqualität. Erkrankungen werden vom jeweiligen Individuum unterschiedlich erlebt und „neben anderen Einflussfaktoren bilden sich auch die Vorstellungen zur Lebensqualität in quantitativ messbaren Lebensqualitätsurteilen ab“ (Meyer & Franz, 2006). Die Lebensqualität von Personen, die unter schwierigen Bedingungen leben (z.B. durch eine eigene chronische Erkrankung oder die Erkrankung eines Angehörigen) hängt nicht nur von der objektiv messbaren Belastung und der Anzahl oder Stärke der Belastungsfaktoren ab, sondern vor allem von der subjektiven Bewertung dieser Situation: Die subjektive Lebensqualität korreliert nicht unmittelbar mit dem Maß der Belastung. Somit ist sie laut Franz (2004) nicht nur als reine Bewertung einer objektiven Situation, sondern auch als Qualität der Anpassung an negative Lebensbedingungen anzusehen. Dabei stehen die objektiven Lebensumstände und ihre subjektive Bewertung in direktem Zusammenhang (Campbell et al., 1976). Die Lebensqualität ist ein sehr komplexer Begriff, wird von jeder Person unterschiedlich definiert und ist von vielen verschiedenen Umwelt- und individuellen Faktoren abhängig.

Bei den meisten Menschen stellen körperliche und psychische Gesundheit zentrale Faktoren bei der Bewertung ihrer Lebensqualität dar. Gesunde Menschen können besser am Leben teilnehmen, ihre Ressourcen besser nutzen und haben ein besseres Wohlbefinden – eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Ravens-Sieberer, Ellert und Erhart (2007) definieren den Begriff „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ als „mehrdimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet“. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität reflektiert den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand einer Person im Zusammenhang mit der eigenen körperlichen Funktionsfähigkeit und dem psychischen Wohlbefinden (Körner, Schlüter, Lax, Rübber & Radmayr, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2007; Schumacher et al., 2003). Nach Bullinger (2000) wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität „als Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit“ verstanden.

Es besteht keine allgemein verbindliche Definition des Begriffes „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ und die Abgrenzung zu verwandten Begriffen wie „Wohlbefinden“ („well-being“) und „Glück“ („happiness“) erweist sich teilweise als schwierig (vgl. Franz, 2004; nach Veenhoven, 2000). Trotzdem wird eine operationale Definition als sinnvoll angesehen. Nach Bullinger,

Kirchberger und Ware (1995) kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität als multidimensionales psychologisches Konstrukt mit subjektiven Gesundheitsindikatoren gleichgesetzt werden. Dieses Konstrukt wird durch vier wesentliche Komponenten operationalisiert: Das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz der Befragten. Wichtig ist dabei, dass die Personen selbst über ihr Wohlbefinden und ihre Funktionsfähigkeit Auskunft geben.

Der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität soll das subjektive Wohlbefinden unter funktionalen Einschränkungen bei Krankheit erfassen. Für verschiedene Krankheitsbilder werden spezifische krankheitsbezogene Fragebögen entwickelt (Bech, 1994).

In vielen Bereichen wie Werbung, Wellness, Freizeit und Berufsleben wird dem Terminus „Lebensqualität“ heute große Beachtung geschenkt. Auch in der Medizin, vordringlich der Palliativmedizin, ist Lebensqualität zu einem bedeutenden Faktor bei der Bewertung von Therapieerfolgen geworden: Es ist wichtig, wie sich die Patienten fühlen und wie zufrieden sie mit ihrer Behandlung und deren Ergebnis sind, anstatt sich ausschließlich auf objektiv messbare Faktoren zu stützen (Laborparameter, Verlängerung der Überlebenszeit, Mortalität etc.) (vgl. Matzejat & Remschmidt, 1997). Dies beschreiben auch Katschnig, Freeman und Sartorius (1997): „Quality of life has only recently been recognized as the central purpose of health care“ und verdeutlichen damit die Bedeutung der Evaluierung der Lebensqualität in Medizin und Psychiatrie. Berlim und Fleek (2003) beschreiben die Messung der Lebensqualität in der Psychiatrie ebenfalls als gute Methode, um die Auswirkungen psychischer Krankheiten sowie den Erfolg therapeutischer Interventionen darzustellen. Bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen wird der gesundheitsbezogenen Lebensqualität immer mehr Bedeutung beigemessen, da die Patienten meist chronisch beeinträchtigt sind und anstelle von Heilung eine möglichst hohe Lebensqualität angestrebt werden muss (vgl. Baker & Intagliata, 1982). An diesem Punkt stehen nicht nur objektiv messbare Faktoren im Fokus, sondern auch psychische und soziale Indikatoren werden berücksichtigt (Bullinger, 1991, 1996). Adäquat gemessen kann der Grad der Lebensqualität dazu genutzt werden, das individuelle Outcome von Patienten abzuschätzen und die Effektivität therapeutischer Interventionen zu bewerten (Berlim & Fleek, 2003).

Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität scheint zu gelten: Auch wenn Gesundheit und Krankheit an äußerlichen Faktoren messbar sind, werden objektive Einschränkungen wie körperliche Gebrechen und psychische Belastungen von jedem Menschen anders erlebt und bewertet, die Beurteilung der Lebensqualität ist somit individuell. Für die vorliegende Arbeit bedeutet das: Kinder psychisch Kranker, die in der Lage sind, sich gut an ihre Belastungssituation anzupassen, können trotz starker objektiver Beeinträchtigungen eine gute subjektive Lebensqualität empfinden.

Nach Ravens-Sieberer et al. (2007) kann die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern dabei helfen, Gruppen oder Individuen, die ein erhöhtes Risiko für Gesundheitsprobleme aufweisen, zu identifizieren und mögliche Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens frühzeitig aufzudecken. Wenn es um die Belastungen und Probleme von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil geht, hat ihre Lebensqualität somit zentrale Bedeutung.

2.1.2 DIE LEBENSQUALITÄT VON KINDERN UNTER BELASTUNG

Obwohl Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil ihre objektiven Lebensumstände unterschiedlich bewerten, ist unbestritten, dass sie aufgrund dieser Tatsache besonders schwierigen Situationen ausgesetzt sind und sich diese objektiv messbaren, vielfachen Belastungen auf ihre Lebensqualität auswirken.

Verschiedene Studien untersuchen den Einfluss belastender Situationen, z.B. durch eigene Erkrankung oder die Erkrankung eines Angehörigen, auf die Lebensqualität von Kindern.

Müller-Godeffroy, Lehmann, Küster und Thyen (2004) ermitteln die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis und reaktiven Arthritiden und vergleichen diese mit einer gesunden Referenzpopulation. Die erkrankten Kinder berichten im KINDL^R (*Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*) über Einschränkungen der Lebensqualität in mehreren Bereichen.

In einer Studie über Geschwister krebskranker Kinder bestätigen Houtzager, Grootenhuis, Hoekstra-Weebers und Last (2003), dass die durch die Erkrankung eines Geschwisterkindes psychisch belasteten Kinder in mehreren Bereichen eine deutlich beeinträchtigte Lebensqualität gegenüber der Referenzgruppe aufweisen.

In einer weiteren Studie von Houtzager, Oort, Hoekstra-Weebers, Caron, Grootenhuis und Last (2004) ergibt sich für Geschwister von einem an Krebs erkrankten Kind ebenfalls eine signifikant niedrigere Lebensqualität als in der Referenzgruppe. Der größte Unterschied in der Lebensqualität der beiden Gruppen zeigt sich zur Zeit der Diagnosestellung; in der Nachbeobachtungsperiode wird dieser Unterschied immer kleiner.

Nach Möller, Stegemann und Romer (2008) haben Kinder körperlich kranker Eltern ein erhöhtes Risiko, psychische Gesundheitsprobleme zu entwickeln, da sie aufgrund der elterlichen Erkrankung vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind. Psychische Auffälligkeiten wie Ängste und Depressionen

treten bei Kindern mit körperlich krankem Elternteil etwa doppelt so häufig auf wie bei Kindern ohne eine solche Belastung.

Während sich die vorgenannten Studien mit Belastungen durch physische Erkrankungen auseinandersetzen, beschäftigen sich nachfolgende mit solchen psychischer Probleme und ihren Folgen:

In einer Studie von Pollak, Bullinger, Jeske und Wiegand-Grefe (2008) beurteilen psychisch erkrankte Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder mit dem KINDL^R-Fragebogen. Im Vergleich zu einer Referenzstichprobe bewerten sie die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder in den Bereichen *Psychisches Wohlbefinden* und *Familie* als signifikant niedriger.

Mattejat, Wüthrich und Remschmidt (2000) bestätigen dies in ihrer Studie über Eltern mit Depressionen: „Die Tatsache, einer elterlichen depressiven Erkrankung “ausgesetzt” zu sein, ist ein psychosozialer Risikofaktor im Hinblick auf die Anpassung und seelische Gesundheit des Kindes“. Die Autoren beschreiben diese Belastung als direkte Auswirkung der psychischen Erkrankung des Elternteils.

Die angeführten Studien stellen signifikante Unterschiede zwischen belasteten und nicht-belasteten Kindern fest. Objektive Belastungssituationen durch eigene Erkrankung oder die körperliche oder geistige Erkrankung eines Angehörigen beeinflussen ihre Lebensqualität stark. Hierbei stellt die Lebensqualität jeweils die Zielvariable dar. Die Beschreibung eines signifikanten Zusammenhanges zwischen einer Belastung und dem Wohlbefinden der Kinder unterstreicht die Bedeutung der Lebensqualität als Outcomevariable.

Das individuelle Wohlbefinden der Kinder hängt jedoch nicht nur von der tatsächlichen Belastung ab, sondern auch von ihrer jeweiligen Anpassungsfähigkeit, die durch verschiedene Schutz- und Belastungsfaktoren bestimmt ist. Mit dem Konstrukt der Lebensqualität werden nicht nur die Lebensumstände des Kindes erfasst, sondern auch sein subjektives Wohlbefinden in der jeweiligen Situation.

Die Erfragung der Lebensqualität im persönlichen Interview ermöglicht eine valide individuelle Erfassung des subjektiv empfundenen Wohlbefindens.

Beeinträchtigungen der Kinder sollen aufgedeckt werden, lange bevor sie durch objektive Parameter (z.B. Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen) in Erscheinung treten. Eine solch frühzeitige Aufdeckung ist nur durch die Erhebung subjektiver Parameter wie der der Lebensqualität möglich.

Die hier angeführten Argumente lassen den Schluss zu, dass die Lebensqualität eine geeignete Zielvariable ist, um das Outcome der Kinder zu bewerten. In der vorliegenden Arbeit stellt die Lebensqualität der Kinder mit psychisch krankem Elternteil die abhängige Variable dar.

Die Bedeutung der Lebensqualität als Outcomeparameter verdeutlichen auch Ravens-Sieberer und Mitarbeiter (2007) in ihrer Studie: Sie schreiben, dass psychisch auffällige Kinder und Jugendliche im Gesamtwert des KINDL^R signifikant niedrigere Werte im Erleben ihrer Gesundheit aufweisen als unauffällige Kinder. Ebenso geht mit einer Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein hohes Maß an psychischen Auffälligkeiten einher. Eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder scheint somit von großer Bedeutung, um die Entstehung von Verhaltensstörungen und psychischen Auffälligkeiten zu verhindern. Schlussfolgernd stellt die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine bedeutende Zielvariable bei Kindern psychisch Kranker dar, die durch die psychische Belastung stark gefährdet sind.

Wie bereits angedeutet, reagieren nicht alle Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen auf die hohe Belastung durch die psychische Erkrankung eines Elternteils. Manche haben die Fähigkeit, sich an die Situation anzupassen und werden trotz dieses Risikofaktors zu selbstbewussten und stabilen Persönlichkeiten mit guter Lebensqualität. Kinder bewältigen und erfahren Belastungen auf ganz unterschiedliche Art und Weise. „Vergleicht man bei Individuen, die einem Risikofaktor ausgesetzt sind, diejenigen, die sich normal entwickeln, mit denen die abweichendes Verhalten zeigen, so lassen sich Faktoren identifizieren, die vor einer negativen Entwicklung schützen“ (Holtmann & Schmidt, 2004).

Auch Kinder psychisch Kranker sind trotz ähnlicher Belastungssituation unterschiedlich stark in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinflusst. Manche zeigen sich von der Belastung durch einen psychisch erkrankten Elternteil fast unbeeinträchtigt und haben ein gutes Wohlbefinden, andere entwickeln selbst psychische Störungen, zeigen Verhaltensauffälligkeiten oder sind entwicklungsgestört und haben eine stark eingeschränkte Lebensqualität.

Doch was genau beeinflusst bzw. verringert die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten im weiteren Lebensverlauf der Kinder und was hilft ihnen, trotz starker Belastung eine gute Lebensqualität aufrecht zu erhalten? Es gilt, nicht nur schützende, sondern auch schädliche Effekte aufzudecken, um letztere beseitigen zu können.

2.2 SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN

Im folgenden Kapitel sollen schützende und belastende Faktoren aufgezeigt werden, die in den Prozess der Anpassung an Belastungen eingreifen können. Zunächst folgt eine Definition der Begriffe *Schutzfaktor* und *Belastungsfaktor*.

2.2.1 DEFINITION

Es ist wichtig, Faktoren zu identifizieren, die die Anpassung von Kindern in belastenden Situationen moderieren. Dazu gehören sowohl schützende, als auch belastende Faktoren. Es folgt zunächst die Definition der Begriffe *Schutzfaktor* und *Belastungsfaktor*.

Nach Opp und Fingerle (2007) sind **Schutzfaktoren** Eigenschaften einer Person oder der Umwelt, die die Wirkung von Risikofaktoren moderieren und so zu erwartende negative Ergebnisse abwenden können. Auch Lenz (2005) definiert protektive Faktoren als Ressource, die die pathogene Wirkung vorhandener Risiken mindert und so den Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Störung moderiert. Schutzfaktoren sind in der psychiatrischen Forschung also nicht nur günstige Umweltbedingungen, sondern auch protektive Merkmale der Person oder des Kindes selbst.

Je mehr Schutzfaktoren ein Kind aufweist, desto größer ist seine Widerstandskraft gegenüber eigenen Störungen und desto besser ist seine Anpassungsfähigkeit an risikobehaftete Situationen sowie seine Bewältigung psychischer Belastungen. Schutzfaktoren verringern so die Auftretenswahrscheinlichkeit von Problemverhalten wie z.B. Delinquenz oder Entwicklungsstörungen und helfen Kindern dabei, trotz starker Belastung eine gute Lebensqualität zu erreichen.

Protektive Faktoren tragen zur Anpassung an schwierige Situationen bei, erhöhen die Funktionsfähigkeit einer Person unter großer Belastung und reduzieren den Einfluss und die Auswirkung belastender Faktoren (Bissonnette, 1998).

Als **Belastungsfaktoren** werden die Merkmale bezeichnet, die in hoher Wechselwirkung mit Verhaltensauffälligkeiten oder einer erschwerten Entwicklung stehen. Sie erhöhen unter Belastung das Risiko, eine Störung zu entwickeln und schwächen die Anpassungsfähigkeit einer Person.

Hoenig und Hamilton (1969) (nach Lenz, 2005) unterscheiden zwischen subjektiven und objektiven Belastungsfaktoren von Angehörigen psychisch Kranker. Die objektiven Belastungsfaktoren ('objective burdens') bilden dabei alle unmittelbar greifbaren bzw. beobachtbaren negativen

Einflussfaktoren. Beispiele sind die Störung des Familienalltags, Ausfall notwendiger Betreuungsleistungen oder zusätzliche finanzielle Kosten. Die subjektive Belastung der Betroffenen (subjective burden) bezeichnet das Ausmaß, in dem sich Angehörige durch ihre Situation tatsächlich belastet fühlen, d. h. hier, die subjektiv wahrgenommene und erlebte Stressbelastung im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Familienmitglied.

Bestehen nur wenige Risikofaktoren oder sind diese nur schwach ausgeprägt, ist die Wahrscheinlichkeit einer normalen Entwicklung durch den Ausgleich schützender Faktoren hoch. Bei einer Vielzahl von Stressoren ist die Anpassung an belastende Situationen jedoch stark erschwert und es besteht eine hohe Vulnerabilität, somit auch eine hohe Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, also eine geringe Lebensqualität der Kinder.

2.2.2 SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN BEI KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER

Bei betroffenen Familien liegen die verschiedensten Kombinationen von Schutz- und Belastungsfaktoren vor. Es gibt also „nicht *das* typische Kind psychisch Kranker, sondern vielfältige Kombinationen aus verschiedenen Belastungs-, aber auch schützenden Resilienzfaktoren mit einer konsekutiven großen Spannweite von massivster bis geringer Auswirkung auf die Entwicklung“ (Franz, 2005).

Nach Opp und Fingerle (2007) moderieren protektive Faktoren die Wirkung von Risikofaktoren eines Kindes und können so die Ausbildungswahrscheinlichkeit von Störungen senken.

Werner (2007) und auch Bissonnette (1998) unterscheiden dabei zwischen schützenden Faktoren, die im Kind selbst liegen, und externalen (objektiven) Faktoren in der Familie oder der Gemeinde.

Persönlichkeitsmerkmale, die die Anpassungsfähigkeit der Kinder erhöhen, sind nach Lenz (2005) ein aktives und gutmütiges Temperament, eine hohe Leistungsfähigkeit und Intelligenz, gute Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeiten und spezielle Interessen oder Hobbys. Weitere subjektive Faktoren widerstandsfähiger Kinder sind eine hohe Selbstständigkeit, gutes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein, ein positives Selbstwertgefühl, eine optimistische Einstellung und ein gutes soziales Anpassungsvermögen sowie die Fähigkeit, eine enge Beziehung zu einer Vertrauensperson aufzubauen. Als Schutzfaktoren von besonderer Bedeutung sind auch effektive Stressverarbeitungsstrategien der Kinder zu nennen (vgl. Bissonnette, 1998; Lenz, 2005; Mattejat, 2005; Werner, 2007).

Zu schützenden Faktoren innerhalb der Familie (objektive Faktoren) gehören stabile und tragfähige Beziehungen untereinander und eine funktionierende Paarbeziehung der Eltern. Besonders wichtig für das Kind ist die Möglichkeit, eine enge Bindung zu mindestens einer kompetenten Bezugsperson aufzubauen, die mit ihm über die psychische Erkrankung redet, es aufklärt und in seiner Entwicklung unterstützt (Lenz, 2005; Wagenblass, 2003; Werner, 2007). Diese Person muss kein Elternteil sein: Von großer Bedeutung für die Anpassungsfähigkeit sind auch andere enge Vertrauenspersonen (vgl. Mattejat, 2009). Nach Werner (2007) stellen auch eine gute Schulbildung der Mutter und eine religiöse Orientierung der Familie Schutzfaktoren dar. Weiterhin sind ein guter sozioökonomischer Status der Familie und ein hohes Bildungsniveau der Eltern (Lenz, 2005; Wagenblass, 2003; Werner, 2007) zu nennen.

Umwelt- und Gemeindefaktoren, die protektiv wirken, sind enge Verwandte oder auch stabile gleichaltrige Freunde, die das Kind unterstützen und sein Selbstwertgefühl stärken (Werner, 2007) sowie ein allgemein gut ausgebildetes soziales Netzwerk (vgl. Lenz, 2005; Mattejat, 2009).

Bei Kindern psychisch Erkrankter bestehen multiple Belastungs-, aber auch Schutzfaktoren, die miteinander in Wechselwirkung stehen. Der Grad der Ausprägung der jeweiligen protektiven und belastenden Faktoren beeinflusst die Anpassungsfähigkeit eines Kindes an eine schwierige Situation. Laut Werner (2007) können Kinder mit diesen Situationen umgehen, wenn eine Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren hergestellt werden kann. Belastungs- und Schutzfaktoren sind demnach nicht einfach zwei Pole einer Dimension mit den Endpunkten Risiko und Schutz, sondern sollten auch unabhängig voneinander betrachtet werden. Ein hohes Risiko - hier durch die psychische Erkrankung eines Elternteils – und gleichzeitig ein hoher Schutz können zu einem gesunden Kind führen, während es bei fehlenden Schutzfaktoren oder unter Einfluss vieler belastender Faktoren unter einer objektiv weniger risikobehafteten Situation stark leidet.

Auch Masten (2001) geht davon aus, dass bei den Kindern verschiedene Muster von Schutz- und Belastungsfaktoren bestehen. Bei anpassungsfähigen Kindern liegen meist mehrere Schutzfaktoren vor, die die Bedeutung der Risikofaktoren mindern. Das Vorhandensein mehrerer Schutzfaktoren zeigt einen additiven Effekt: Ein intelligentes Kind zeigt z. B. gute Schulleistungen, aus denen Lob und Anerkennung durch den Lehrer resultieren und somit wiederum das Selbstwertgefühl des Kindes stärken. Nicht-anpassungsfähige Kinder dagegen weisen demnach mehrere Risikofaktoren auf, die nicht durch Schutzfaktoren ausgeglichen werden können. Eine denkbare Konstellation sind nachlässige oder überforderte Eltern, die ihr Kind intellektuell nicht fördern (können), was wiederum zu schlechter Schulleistung, einem schlechten Selbstbewusstsein und möglicherweise zu Entwicklungsstörungen führt.

2.3 FAKTOREN, DIE SICH AUF DIE LEBENSQUALITÄT AUSWIRKEN

Wie bereits unter 2.1.1 ausgeführt, wird die subjektive Lebensqualität sowohl von objektiven als auch von subjektiven Faktoren beeinflusst. Als objektive Einflussfaktoren werden in dieser Arbeit soziodemographische und klinische Daten definiert, Persönlichkeitsmerkmale stellen die subjektiven Faktoren dar.

2.3.1 OBJEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSQUALITÄT

Als objektive Faktoren sind soziodemographische Daten anzusehen. Diese umfassen u.a. Angaben zu Geschlecht, Alter, Familienstand, sozialer Schicht, Religionszugehörigkeit, Haushaltsgröße und – einkommen und Bildungsstand. Weitere objektive Faktoren sind klinische, die Krankheit betreffende Variablen, wie z.B. der Schweregrad der Erkrankung, die Erkrankungsdauer und die Anzahl der Rückfälle.

Die vorliegenden Studienergebnisse sind in Bezug auf Einflussfaktoren der Lebensqualität breit gestreut und z.T. - bedingt durch unterschiedliche Probandenkollektive und Messinstrumente - widersprüchlich. Manche Prädiktoren (voraussagende Faktoren) haben Einfluss auf den Gesamtwert der gemessenen Lebensqualität, andere nehmen lediglich Einfluss auf einzelne Skalen wie beispielsweise das körperliche oder emotionale Wohlbefinden. Im Folgenden werden Studienergebnisse zum Zusammenhang verschiedener soziodemographischer und klinischer Daten mit der Lebensqualität unterschiedlicher Probandenkollektive aufgeführt, da es bezüglich dieser Zusammenhänge nur wenige Studien mit Kindern und nur eine mit Kindern psychisch erkrankter Eltern gibt. In folgendem Kapitel werden Ergebnisse einiger Studien exemplarisch dargestellt.

In der Studie von Wan, Counte, Cella, Hernandez, Deasy and Shiimoto (1999) mit an Krebs erkrankten Personen existieren Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Probanden bezüglich **Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Herkunft und Religionszugehörigkeit**. Eine bessere Lebensqualität wird hier bei Personen, die einer Religion angehören (Lebensqualität gesamt), Frauen (funktionales Wohlbefinden/ Funktionalität im Alltag), älteren Menschen (körperliches, emotionales, funktionales Wohlbefinden) und Personen, die in festen Beziehungen leben (soziales und funktionales Wohlbefinden) festgestellt.

Ritsner et al. (2000) ermitteln in ihrer Studie zwei objektive Faktoren, die signifikant mit der Lebensqualität der Probanden, hier Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung, korreliert. Die **soziale Unterstützung von Familienangehörigen und anderen wichtigen Personen** wirkt sich positiv auf die Lebensqualität der Probanden aus. Für die Gruppe der schizoaffektiv erkrankten Personen ergibt sich der **Schweregrad der Erkrankung** als negativer Prädiktor der subjektiven Lebensqualität. Unterschiede in der Wirkung von Einflussfaktoren zwischen den beiden Erkrankungsgruppen weisen darauf hin, dass auch die **Art der Diagnose** Einfluss auf die Lebensqualität hat. Insgesamt ermitteln die Autoren ein im Vergleich zur Kontrollgruppe geringeres Wohlbefinden der Probanden in allen Bereichen der gemessenen Lebensqualität.

In einer Studie mit gynäkologischen Patientinnen (Gil, Gibbons, Jenison, Hopkins & von Gruenigen, 2007) korrelieren höheres **Alter** und höherer **Bildungsstand** positiv mit dem körperlichen Wohlbefinden der Probandinnen. Das Alter der Probandinnen korreliert ebenfalls positiv mit dem emotionalen Wohlbefinden. Ein hoher **BMI** (Body Mass Index) der Frauen korreliert negativ mit mehreren Skalen der Lebensqualität (körperliches, funktionales, soziales Wohlbefinden).

Über den Zusammenhang zwischen den Variablen **Geschlecht** und **Alter** und der Lebensqualität finden sich in der Literatur widersprüchliche Angaben. Im Gegensatz zu mehreren anderen Studien beschreiben Teuber et al. (2008) bei Patienten mit chronischer Hepatitis C im Bereich „mentale Lebensqualität“ schlechtere Lebensqualitätswerte für Frauen als für Männer und im Bereich „körperliches Wohlbefinden“ für ältere Patienten im Vergleich zu Jüngeren.

Apter, Reisine, Affleck, Barrows und zu Wallack (1999) kommen in ihrer Studie mit an Asthma erkrankten Personen zu dem Ergebnis, das neben der **Schwere der Erkrankung** wichtige sozioökonomische Prädiktoren bestehen, die die Lebensqualität der Erkrankten beeinflussen. Bis auf Alter und Geschlecht der Patienten haben in ihrer Studie alle erhobenen demographischen Daten bedeutenden Einfluss sowohl auf die asthmaspezifische, als auch auf die allgemeine Lebensqualität: Ein niedriges **Einkommen**, niedrige **Schulbildung** und fehlende Versicherung wirken sich negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus.

Einzelne Studien berichten über den Zusammenhang zwischen objektiven Umständen und der Lebensqualität von Kindern:

Kvarme, Haraldstad, Helseth, Sørnum und Natvig (2009) führen eine Studie mit gesunden Schulkindern durch und identifizieren zwei objektive Faktoren, die mit der Lebensqualität der Kinder in signifikantem Zusammenhang stehen: Kinder mit **alleinerziehendem Elternteil** geben eine schlechtere Lebensqualität an als diejenigen, die in einem Zweielternhaushalt leben – signifikant ist der Unterschied beim Gesamtwert der Lebensqualität und dem emotionalen Wohlbefinden. Kinder, die

in den letzten fünf Jahren den **Wohnort gewechselt** hatten, geben ein signifikant schlechteres Wohlbefinden im Bereich Familie an.

Vrijmoet-Wiersma et al. (2009) untersuchen eine Stichprobe von Kindern, die eine Stammzelltransplantation benötigen, bezüglich dieser Zusammenhänge im Selbst- und Elternbericht. Das **Alter** der Kinder korreliert in der Selbstbeurteilung vor der Stammzelltransplantation negativ mit ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität – jüngere Kinder bewerten ihr Wohlbefinden höher als ältere. Eltern, die ein höheres **Stresslevel im Rahmen der Kindererziehung** empfinden, bewerten die Lebensqualität ihrer Kinder als signifikant schlechter.

Bastiaansen, Koot und Ferdinand (2005a) führen eine Studie zum Zusammenhang verschiedener Variablen mit der Lebensqualität psychisch kranker Kinder durch. Im Eltern- und Arztbericht können der **Stress im Kontext der Kindererziehung** und **psychopathologische Symptome der Mutter** als elterliche, objektive Prädiktoren mit negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Kinder identifiziert werden.

Die **Funktionsfähigkeit der Familie** und die **soziale Unterstützung** des Kindes durch die Angehörigen können im Fremdbereich durch Eltern und Ärzte als positive Einflussfaktoren herausgestellt werden. Der positive Aspekt der sozialen Unterstützung durch Klassenkameraden und der negative durch **kritische Lebensereignisse** in der Familie - 'Stressful live events' - korrelieren im Selbstbericht und in der Beurteilung durch die Eltern signifikant mit der Lebensqualität der Kinder. Weitere Analysen ergeben, dass Jungen mit einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung stärker in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind als Mädchen und dass jüngere Kinder mit einer körperlichen Erkrankung eine niedrigere Lebensqualität empfinden als ältere.

Bastiaansen, Koot und Ferdinand (2005b) untersuchen den Zusammenhang zwischen Symptomreduktion oder -änderung und der Lebensqualität bei sieben- bis 19-jährigen Kindern mit psychischen Störungen in einer Nachbeobachtungsstudie. Da psychische Störungen häufig teilweise oder komplett persistieren, untersuchen die Autoren die Möglichkeit, das Wohlbefinden der Kinder ohne Symptomreduktion zu verbessern und erheben, welche Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Art der psychischen Störung etc.) dazu führen, dass sich weder Symptome noch Lebensqualität der Kinder verbessern. Dies führt zu der Identifizierung besonders gefährdeter Kinder.

Die Studie zeigt, dass sich die Lebensqualität bei einem Teil der Kinder (22,6%) trotz persistierender psychischer Auffälligkeiten bessert. Diese Kinder besitzen Eigenschaften oder leben in einem Umfeld, das ihnen ermöglicht, ihre Lebensqualität trotz Symptompersistenz zu verbessern.

Eine schlechte Prognose haben die Kinder, bei denen sich weder die Symptome noch die Lebensqualität verbessert - sie werden als besonders gefährdet eingeschätzt. Diese Gruppe wird in der Studie bezüglich verschiedener Variablen mit weniger gefährdeten Kindern, bei denen sich mindestens einer der beiden Faktoren verbessert, verglichen. Weder das Alter der Kinder noch Geschlecht oder Diagnose können in dieser Studie als signifikante Prädiktoren des Outcomes identifiziert werden.

Nur eine einzelne Studie beschreibt die direkte Korrelation von objektiven Einflussfaktoren und der Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Eltern:

Pollak et al. (2008) untersuchen, wie psychisch kranke Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder bewerten und wie diese von Krankheits- und familiären Faktoren beeinflusst wird. Im Fremdbereich korreliert die **Funktionsfähigkeit der Familie** positiv, der Grad der Depressivität der Eltern (siehe subjektive Einflussfaktoren) negativ mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. Eltern mit einer affektiven Störung beurteilen die Lebensqualität ihrer Kinder hier als signifikant schlechter als drogenabhängige Eltern. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Art der **Diagnose** und die psychiatrischen Symptome der Eltern selbst entscheidenden Einfluss auf die Bewertung der Lebensqualität ihrer Kinder haben.

Um einen Überblick über die in zahlreichen vorliegenden Studien erfassten objektiven Einflussfaktoren auf Lebensqualität zu geben, sind die wichtigsten Angaben in nachfolgender Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Objektive Prädiktoren der Lebensqualität und ihre Prädiktionsrichtung nach Befunden der Literatur

EINFLUSSFAKTOR	POSITIVE KORRELATION	NEGATIVE KORRELATION
Alter	Wan et al. (1999) Chui et al. (2009) Schou et al. (2005) Gil et al. (2007) Bastiaansen et al. (2005a)	Teuber et al. (2008) Djibuti&Shakarishvili (2003) Nichols-Larsen et al. (2005) Rebollo et al. (2000) Chisholm et al. (2007) Papadopoulos et al. (2007) Prause et al. (2005) Pappa et al. (2009) Vrijmoet-Wiersma et al. (2009)
Weibliches Geschlecht	Wan et al. (1999) Chui et al. (2009) Yost et al. (2008) Bastiaansen et al. (2005a)	Teuber et al. (2008) Djibuti&Shakarishvili (2003) Papadopoulos et al. (2007) López Blanco et al. (2005) Prause et al. (2005) Pappa et al. (2009)
Verheiratet/ mit Partner zusammen lebend : ledig/ geschieden	Chui et al. (2009) Yost et al. (2008) Chisholm et al. (2007) Papadopoulos et al. (2007) Prause et al. (2005) Pappa et al. (2009) Wan et al. (1999)	

EINFLUSSFAKTOR	POSITIVE KORRELATION	NEGATIVE KORRELATION
Alleinerziehende Eltern : Zweielternhaushalt		Kvarme et al. (2009)
Bildungsstand	Schou et al. (2005) Gil et al. (2007) Djibuti&Shakarishvili (2003) Nichols-Larsen et al.(2005) Rebollo et al. (2000) Papadopoulos et al. (2007) Apter et al. (1999) Pappa et al. (2009)	
Einkommen	Chisholm et al. (2007) Apter et al. (1999) Pappa et al. (2009)	
Religionszugehörigkeit	Wan et al. (1999)	
Soziale Unterstützung von Familie/ anderen Personen	Ritsner et al. (2000) Meyer&Franz (2006) Bastiaansen et al. (2005a)	
Funktionsfähigkeit der Familie	Bastiaansen et al. (2005a) Pollak et al. (2008)	
Qualität der gesundheitlichen Versorgung	Yost et al. (2008)	
Leben auf dem Land : Leben in der Stadt	Prause et al. (2005)	
Niedrige Schichtzugehörigkeit		Laubach et al. (2000)
Mehr kritische Lebensereignisse in der Familie		Bastiaansen et al. (2005a)
Umzug des Kindes innerhalb der letzten 5 Jahre		Kvarme et al. (2009)
Art der Diagnose (Affektive Störung : Drogenabhängigkeit)		Pollak et al. (2008)
Tatsache, erkrankt zu sein		Ritsner et al. (2000) Meyer &Franz (2006)
Schweregrad der Erkrankung		Ritsner et al. (2000) Yost et al. (2008) Apter et al. (1999)
Erkrankungsdauer		Papadopoulos et al. (2007)
Anzahl der Rückfälle (im letzten Jahr)		López Blanco et al. (2005) Moreno-Jiménez et al. (2007)

EINFLUSSFAKTOR	POSITIVE KORRELATION	NEGATIVE KORRELATION
Operative Behandlung : Medikamentöse Behandlung		López Blanco et al. (2005) Moreno-Jiménez et al.(2007)
Fehlende Versicherung		Apter et al. (1999)
Stress der Eltern im Kontext der Kindererziehung		Bastiaansen et al. (2005a) Vrijmoet-Wiersma et al. (2009)
Psychopathologische Symptome der Mutter		Bastiaansen et al. (2005a)
BMI (Body Mass Index)		Gil et al. (2007)

Positive Korrelation = Je höher/ stärker der Einflussfaktor, desto höher die Lebensqualität

Negative Korrelation = Je niedriger/ geringer der Einflussfaktor, desto niedriger die Lebensqualität

Wie zu Beginn des Kapitels erwähnt, sind die Studienergebnisse hinsichtlich der objektiven Einflussfaktoren auf die Lebensqualität breit gestreut und hinsichtlich ihrer Wirkrichtung teilweise verschieden. In mehreren Studien wird - mit unterschiedlichem Ergebnis - der Einfluss des Alters und des Geschlechts auf die Lebensqualität beschrieben.

Eine höhere Lebensqualität geben wiederholt verheiratete oder mit einem Partner zusammenlebende Personen und diejenigen mit hohem Bildungsstand und Einkommen an. Die Zugehörigkeit zu einer Religion, die soziale Unterstützung der Familie und/oder des Umfelds sowie die Funktionsfähigkeit der Familie korrelieren in einigen Studien ebenfalls positiv mit der Lebensqualität der Probanden.

Negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Studienteilnehmer hatten soziale und familiäre Belastungsfaktoren wie die Zugehörigkeit zu einer niedrigen Sozialschicht und das Vorhandensein kritischer Lebensereignisse in der Familie (‘stressful life events’). Als Beispiel eines kritischen Lebensereignisses haben Kinder, die in den letzten fünf Jahren den Wohnort gewechselt hatten, eine signifikant schlechtere Lebensqualität als diejenigen, die nicht umgezogen sind. Kinder mit alleinerziehendem Elternteil geben eine niedrigere Lebensqualität an als diejenigen, die mit beiden Elternteilen aufwachsen.

Als weitere negative Prädiktoren der Lebensqualität zeigen sich verschiedene klinische Variablen, wie die Tatsache, erkrankt zu sein (im Vergleich zu gesunden Referenzgruppen), die Erkrankungsdauer, der Schweregrad der Erkrankung und die Anzahl an Rückfällen im letzten Jahr.

Bastiaansen et al. (2005a) zeigt ein hohes Stresslevel der Eltern bzgl. der Kindererziehung und psychopathologische Symptome der Mutter als weitere negative Prädiktoren der Lebensqualität.

Abschließend kann festgestellt werden, dass soziodemographische und klinische Daten sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Lebensqualität haben können.

2.3.2 SUBJEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSQUALITÄT

Neben den im vorherigen Kapitel dargelegten objektiven spielen subjektive Einflussfaktoren eine nicht geringere Rolle im Hinblick auf die Lebensqualität. Unter subjektiven Faktoren versteht man beispielsweise im positiven Sinn ein hohes Selbstwertgefühl, ausgeprägte soziale Fähigkeiten, Optimismus, gutes Handling der eigenen Krankheit und die Fähigkeit zu problemorientierter Stressverarbeitung (Coping), während Unselbstständigkeit, Depressivität, Neurotizismus, Schwierigkeiten bei der Äußerung von Gefühlen und schlechtes Coping negative Einflüsse darstellen. Die bisherigen Studienergebnisse werden im Folgenden erläutert und in einer Tabelle zusammengefasst.

Eine Befragung schizophrener erkrankter Personen über den Zusammenhang ihrer Vorstellungen zur Lebensqualität ergibt, dass die Nennung von Krankheitsaspekten und schlechter Befindlichkeit negative, die Thematisierung von Familie und die Befriedigung oraler Bedürfnisse positive Prädiktoren der gemessenen subjektiven Lebensqualität darstellen. In der hier beschriebenen Studie zeigen Meyer und Franz (2006), dass das individuelle Erleben der Krankheit und „unterschiedliche Vorstellungen darüber, was Lebensqualität ausmacht, die quantitativen Bewertungen der Lebensqualität mitbedingen“.

Ritsner et al. (2000) ermitteln in ihrer Studie verschiedene subjektive Prädiktoren der Lebensqualität schizophrener Patienten: Negativ wirken sich u.a. **Depression, Zwanghaftigkeit** und **emotionsregulierende Stressverarbeitung** (nach Hampel et al., 2001 sind dies Bagatellisierung, Ablenkung/ Erholung) auf die subjektive Lebensqualität aus. Nach Stam, Grootenhuis, Caron und Last (2006) bezieht sich die emotions- und kognitionszentrierte Bewältigung auf die Affektregulation in der jeweiligen Situation. In einem positiven Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden stehen **problemorientiertes Coping** (nach Hampel, Petermann und Dickow, 2001 umfasst es Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktion und Soziales Unterstützungsbedürfnis), ein gutes **Selbstvertrauen** und ein guter Aufklärungsstand hinsichtlich Krankheit und Behandlung. Durch problemorientierte Stressbewältigung wird ein Problem direkt in Angriff genommen und modifiziert (Stam et al., 2006).

Einige Studien belegen, dass es direkte Zusammenhänge zwischen der Depressivität und subjektiver Lebensqualität gibt. Morgado, Smith, Lecrubier und Widlöcher (1991) stellen in ihrer Studie fest, dass depressiv erkrankte hospitalisierte Patienten im akuten Krankheitsschub eine deutlich schlechtere subjektive Lebensqualität angeben als kurz nach Abklingen der depressiven Symptome. Auch bei objektiv guten Lebensumständen beurteilen sie während einer **Depression** ihr Befinden, ihre

Funktionsfähigkeit und Lebensbedingungen schlechter als unabhängige Beobachter und als sie selbst nach Abklingen der depressiven Episode.

Karlsen, Larsen, Tandberg und Mæland (1999) unterstützen diese These durch ihre Studie mit an Parkinson erkrankten Personen. Sie zeigen, dass **depressive Symptome**, Schlafprobleme und ein **geringer Grad an Selbstständigkeit** einen signifikant negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Probanden haben.

Bei psychisch erkrankten Elternteilen, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder beurteilen, korreliert der Grad der Depressivität der *Eltern* negativ mit ihrer Beurteilung des Wohlbefindens ihrer Kinder (Pollak et al., 2008). Es ist an diesem Punkt schwierig zu beurteilen, ob die Lebensqualität der Kinder durch die Depression der Eltern tatsächlich eingeschränkt ist oder ob depressive Personen diese nur schlechter einschätzen.

Bei Depression findet eine Vermischung zwischen Einfluss- und Zielvariablen statt. Es ist leicht nachvollziehbar, dass depressive Personen ihre oder die Lebensqualität ihrer Kinder als schlechter einschätzen als gesunde Personen. Hier handelt es sich um eine subjektive Bewertung der Lebensumstände, die durch eine depressive Stimmungslage schlechter ausfällt.

Dieser Problematik soll in der Diskussion weiter nachgegangen werden.

Weitere Zusammenhänge mit subjektiven Einflussfaktoren ermitteln u.a. Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjerstad und Ruland (2005): Sie sehen einen positiven Zusammenhang zwischen dem **Optimismus** von an Brustkrebs erkrankten Frauen und dem Gesamtwert ihres Wohlbefindens, besserer emotionaler und sozialer Funktionsfähigkeit sowie ihrem Körpergefühl.

López Blanco, Moreno-Jiménez, Múgica und Muñoz (2005) identifizieren das **Bedürfnis nach psychologischer Betreuung** als persönlichen Einflussfaktor der Lebensqualität von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Personen, die dieses Bedürfnis äußern, haben eine signifikant niedrigere Lebensqualität in den Bereichen emotionales und soziales Wohlbefinden.

Moreno-Jiménez, Blanco, Rodríguez- Muñoz und Hernández (2007) ermitteln **Neurotizismus** als signifikant negativen Prädiktor aller gemessenen Lebensqualitätsdimensionen. Das **Selbstwertgefühl** korreliert signifikant positiv mit allen erfassten Bereichen des Wohlbefindens der Patienten, besonders mit emotionaler und sozialer Funktionsfähigkeit. Personen, die **Schwierigkeiten** dabei angeben, ihre **Gefühle zu äußern**, bewerten ihre Lebensqualität schlechter in den Dimensionen systemische Symptome und soziale Funktionsfähigkeit.

Bei einer Stichprobe gesunder Kinder stellt sich das **Selbstwirksamkeitsgefühl** als bedeutender positiver Prädiktor der Lebensqualität heraus. Die stärksten Korrelationen zeigen sich mit den KINDL^R-Skalen Selbstwert und Schule (Kvarme et al., 2009).

Bei Kindern mit psychischen Störungen korreliert das **Selbstwertgefühl** signifikant positiv in allen drei Beurteilungen, dem Selbst-, Eltern- und Arztbericht. Als weiterer subjektiver Faktor haben die von den Eltern eingeschätzten **sozialen Fähigkeiten** des Kindes einen bedeutend positiven Einfluss auf seine Lebensqualität (Bastiaansen et al., 2005a). Die **Auffälligkeit** (‘psychopathology’) der Kinder (gemessen mit dem *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen - Child Behavior Checklist CBCL/4-18*) korreliert hingegen sowohl in den Fremdbeurteilungen durch Eltern und Arzt als auch im Selbstbericht der Kinder signifikant negativ mit der Lebensqualität (Bastiaansen et al., 2005a, b).

Die subjektiven Einflussfaktoren und ihre Prädiktionsrichtung auf die Lebensqualität und die sie thematisierenden Studien sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Subjektive Prädiktoren der Lebensqualität und ihre Prädiktionsrichtung nach Befunden der Literatur

EINFLUSSFAKTOR	POSITIVE KORRELATION	NEGATIVE KORRELATION
Vorstellung darüber, was Lebensqualität ausmacht	Meyer&Franz (2006)	Meyer&Franz (2006)
Hohes Selbstvertrauen/ Selbstwertgefühl	Ritsner et al. (2000) Moreno-Jiménez et al. (2007) Bastiaansen et al. (2005a)	
Selbstwirksamkeit	Kvarme et al. (2009)	
Soziale Fähigkeiten des Kindes (Elternbericht)	Bastiaansen et al. (2005a)	
Optimismus	Schou et al. (2005)	
Problemorientiertes Coping	Ritsner et al. (2000)	
Einblick in Krankheit und Behandlung	Ritsner et al. (2000)	
Depressivität		Ritsner et al. (2000) Morgado et al. (1991) Karlsen et al. (1999) Pollak et al. (2008)
Neurotizismus		Moreno-Jiménez et al. (2007)
Zwanghaftigkeit		Ritsner et al. (2000)

EINFLUSSFAKTOR	POSITIVE KORRELATION	NEGATIVE KORRELATION
Auffälligkeit der Kinder (CBCL/4-18)		Bastiaansen et al. (2005a, 2005b)
Emotionsregulierende Stressverarbeitung		Ritsner et al. (2000)
Geringer Grad an Selbstständigkeit		Karlsen et al. (1999)
Bedürfnis nach psychologischer Betreuung		López Blanco et al. (2005)
Probleme, Gefühle zu äußern		Moreno-Jiménez et al. (2007)

CBCL/4-18 = Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen - Child Behavior Checklist

Zusammenfassend lässt sich sagen:

Die Studien zeigen einige subjektive Faktoren auf, die in Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder stehen. Als positiver Prädiktor wird mehrfach ein gutes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl identifiziert. Einzelne Studien beschreiben einen positiven Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Selbstwirksamkeit, sozialen Fähigkeiten, Optimismus, problemorientierten Stressverarbeitungsmechanismen und dem Einblick in Krankheit und Behandlung.

Die Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus und Zwanghaftigkeit, emotionsregulierende Stressverarbeitung, ein geringer Grad an Selbstständigkeit, das Bedürfnis nach psychologischer Betreuung und Probleme bei der Gefühlsäußerung, korrelieren in einzelnen Studien negativ mit der Lebensqualität der Probanden. Bei psychisch erkrankten Kindern ist der Grad der Auffälligkeit ebenfalls ein negativer Prädiktor. Mehrere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der Faktor Depressivität negativ mit der Lebensqualität korreliert. Angesichts dieser Ergebnisse kann Depressivität als gesicherter Einflussfaktor auf die subjektiv empfundene Lebensqualität gesehen werden. Sie sollte deshalb in Lebensqualitätsstudien regelmäßig miterfasst werden um ihren Einfluss auf die Lebensqualität zu kontrollieren (Franz, 2004). Aufgrund der Bedeutung der Depressivität für die Höhe der gemessenen Lebensqualität soll sie in der vorliegenden Studie im Hinblick auf Kinder psychisch erkrankter Eltern kontrolliert werden.

Die meisten der bisherigen Studien über den Einfluss objektiver und subjektiver Faktoren auf die Lebensqualität beziehen sich auf erwachsene Probanden. Umso wichtiger ist es, Zusammenhänge dieser Art auch bei Kindern, im Besonderen Kindern psychisch Kranker, aufzudecken und zu erfahren, welche Lebensumstände und Persönlichkeitsfaktoren sich speziell auf ihr Wohlbefinden auswirken.

2.3.3 DIE STRESSVERARBEITUNG ALS SCHUTZ-/ BELASTUNGSFAKTOR BEI KINDERN

Besondere Aufmerksamkeit soll in dieser Arbeit der Stressverarbeitung als subjektivem Einflussfaktor auf die Lebensqualität von Kindern gewidmet werden.

Verschiedene Studien geben Hinweise, dass die Stressverarbeitung bzw. die Anwendung unterschiedlicher Coping-Mechanismen bei psychisch stark belasteten Kindern in bedeutendem Zusammenhang mit der Lebensqualität steht.

2.3.3.1 DEFINITION STRESSVERARBEITUNG (COPING)

Unter Stressverarbeitung (Coping) werden nach Lazarus und Folkman (1984) ständig wechselnde kognitive und verhaltensmäßige Anstrengungen verstanden, mit externen oder internen Anforderungen umzugehen, die die Ressourcen einer Person übersteigen. Stressverarbeitung besteht aus Aktionen, Verhaltensweisen und Gedanken mit dem Ziel, stressbehaftete Situationen besser handlen zu können. Stressverarbeitung ist ein Prozess, der den Effekt von Stress auf das Wohlergehen eines Individuums moderiert (Lazarus & Folkman, 1984). Nach Janke, Erdmann und Kallus (1985) werden unter Coping „diejenigen psychischen Vorgänge (...) (verstanden), die planmäßig und/oder unplanmäßig, bewusst und/oder unbewusst beim Auftreten von Stress in Gang gesetzt werden, um diesen Zustand zu vermindern und/oder zu beenden“.

Die Autoren unterscheiden in der Regel zwei Haupttypen von Stressbewältigung: Problemorientierte Bewältigung und emotions-/kognitionszentrierte Bewältigung. Durch problemorientierte Stressbewältigung wird das Stress verursachende Problem direkt angegriffen und modifiziert – die Stresssituation wird direkt beeinflusst. Die emotions- und kognitionszentrierte Bewältigung beschäftigt sich mit der Affektregulation in der jeweiligen Situation (Stam et al., 2006).

Griffith, Dubow und Ippolito (2000) unterteilen die Bewältigungsstrategien in vermeidendes Coping und Annäherungscoping (‘approach coping’). Auch Rothbaum, Weisz und Snyder (1982) beziehen sich mit ihrem Konzept auf diese zwei Bewältigungsarten: Problembezogene Bewältigungsstrategien werden hier als ‘primary control’ bezeichnet. Mechanismen, mit denen sich Personen emotional und kognitiv an die Situation anpassen, bezeichnen sie als ‘secondary/ cognitive control’. Dabei werden vier Arten von kognitiver Bewältigung beschrieben: Prädiktives Coping, stellvertretende Kontrolle, illusorische und interpretative Bewältigungsstrategien (auch: Grootenhuis, Last & de Graaf-Nijerk, 1996).

Hampel et al. (2001; nach Janke et al., 1985) unterteilen die Stressverarbeitungsstrategien in günstige Bewältigungsmechanismen (positives Coping), die den Stress der Kinder reduzieren und in andererseits ungünstige, stressvermehrnde Strategien (negatives Coping). Unter die günstigen Copingmechanismen fallen die emotionsregulierende Bewältigung mit Bagatellisierung und Ablenkung/Erholung sowie die problemlösenden Bewältigungsmechanismen Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktion und Soziales Unterstützungsbedürfnis. Als stressvermehrnde Strategien werden passive Vermeidung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Aggression bezeichnet.

2.3.3.2 DIE STRESSVERARBEITUNGSSTRATEGIEN VON KINDERN IN UNVERÄNDERLICHEN BELASTUNGSSITUATIONEN

Nach Rothbaum et al. (1982) sind Kinder, die ihre Situation durch aktive Problembewältigung (‘primary control’) nicht ändern können, (z.B. bei chronischen Erkrankungen/Krebserkrankungen, Erkrankungen der Geschwister, Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil) vor allem auf kognitive und emotionale Strategien der Bewältigung (‘secondary control’) angewiesen, um mit ihrer Situation zurecht zu kommen. Auch nach Houtzager et al. (2004) müssen sich Kinder in unkontrollierbaren Situationen in erster Linie auf kognitiv- und emotionsorientierte Stressverarbeitungsstrategien verlassen; problemorientierte Copingstrategien treten sehr selten in Erscheinung (Lazarus & Folkman, 1984).

Zu den kognitiv- und emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien gehört unter anderem die prädiktive/voraussagende Bewältigung (‘predictive control’), bei der das Kind versucht, das Gefühl der Kontrolle über seine Situation zu behalten und positive Erwartungen beispielsweise zum Verlauf seiner Erkrankung oder der Erkrankung eines Familienmitgliedes zu haben. Es beinhaltet eine optimistische Einstellung zum zukünftigen Verlauf der stressauslösenden Situation. Bei der Strategie der stellvertretenden Kontrolle (‘vicarious control’) wird Dritten, beispielsweise dem Arzt, die Kontrolle über die Situation zugewiesen, in die dann die Hoffnung der Kinder gesetzt wird. Der Glaube an die Fähigkeit anderer, eine Situation zu kontrollieren, kann ihnen dabei helfen, mit ihrer Situation zurecht zu kommen. Eine weitere Strategie wird ‘illusory control’ genannt. Hiermit wird die Hoffnung auf ein Wunder oder der sehnsüchtige Wunsch nach Besserung beschrieben. Die interpretative Copingstrategie (‘interpretative control’) beinhaltet die Suche nach der Bedeutung der Geschehnisse und den Versuch, die Situation zu verstehen. Die Erlangung von Informationen kann die Unsicherheit der Kinder reduzieren (Rothbaum et al., 1982; Grootenhuis et al., 1996).

Problembezogenes und kognitives Coping können gleichzeitig oder auch einzeln angewendet werden. Welche Strategie ein Kind wählt, hängt nach Houtzager et al. (2003; nach Kliewer & Sandler, 1992) von der jeweiligen gegenwärtigen Situation ab. Ist es durch einen unkontrollierbaren Stressor wie eine chronische Erkrankung eines Angehörigen nicht möglich, die Situation zu modifizieren und das Problem zu lösen, muss das Kind auf kognitions- oder emotionsbezogenes Coping (secondary control) zurückgreifen (Stam et al., 2006).

Nach Hampel et al. (2001) wenden Kinder in unveränderlichen Belastungssituationen sowohl Emotionsregulierende und Problemlösende Stressverarbeitung (günstiges Coping) als auch stressvermehrnde Stressbewältigungsstrategien (Passive Vermeidung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Aggression) an. Die Autoren des Stressverarbeitungsfragebogens von Janke und Erdmann, angepasst für Kinder und Jugendliche (Hampel et al., 2001), fassen kognitives Coping (Positive Selbstinstruktion, Situationskontrolle) sowie soziales Unterstützungsbedürfnis unter dem Begriff „Problemlösende Stressverarbeitung“ zusammen.

2.3.3.3 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT

Da sich bisherige Studien zum Zusammenhang zwischen der Stressverarbeitung und der Lebensqualität von Kindern stark in Aufbau und Verwendung von Messinstrumenten unterscheiden, bietet sich ein sehr heterogenes Ergebnisbild. Es kann zwischen Studien unterschieden werden in denen die Kinder selbst, ihre Eltern oder beide befragt werden.

2.3.3.3.1 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT IM SELBSTBERICHT

Für unbelastete Kinder lassen sich im **Selbstbericht** ein positiver Zusammenhang zwischen problemorientierter Stressbewältigung und der Lebensqualität und ein negativer Zusammenhang zwischen nicht problemorientierten Bewältigungsstrategien und der Lebensqualität finden. In der Studie von Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus und Klein-Heßling (2006) werden Stressbewältigung und Lebensqualität von insgesamt 1991 Kindern erfasst (mit KINDL^R). Hier werden vor allem Zusammenhänge zwischen problemorientierten und destruktiv-ärgerbezogenen Stressbewältigungsstrategien zur Lebensqualität gemessen: Schwach positive Korrelationen finden

sich zwischen problemorientiertem Coping und vier der sechs Subskalen (*Körperliches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert*, *Familie*, *Freunde* und *Funktionsfähigkeit im Alltag*) des KINDL^R, negative Beziehungen bestehen zwischen destruktiv-ärgerbezogenen Strategien und der Lebensqualität.

Über den Zusammenhang zwischen der Stressbewältigung und der Lebensqualität von Kindern, die durch die Erkrankung eines Angehörigen unter einer psychischen Belastung leiden, ist nur wenig beschrieben. Dieser wird im Folgenden deshalb vor allem anhand selbst erkrankter Kinder und Jugendlicher dargestellt.

Für Kinder mit verschiedenen körperlichen Belastungen kann ein Zusammenhang zwischen ihrer Stressverarbeitung und Lebensqualität nachgewiesen werden. In den meisten Untersuchungen wurden die Kinder selbst befragt:

Petersen, Schmidt, Bullinger und die DISABKIDS Group (2006) kommen in ihrer Studie mit 295 Kindern und Jugendlichen, die an einer chronischen Erkrankung leiden (Asthma, Diabetes mellitus oder Arthritis) zu dem Ergebnis, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Probanden signifikant mit ihrer Copingfähigkeit zusammenhängt. Vor allem die Copingstrategien „emotional reaction“ (negative Korrelation) und „acceptance“ (positive Korrelation) korrelieren stark mit allen Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder.

Stauber, Petermann und Hampel (2002) führen eine Studie mit 78 an funktioneller Harninkontinenz leidenden Kindern im Alter von 8 bis 13 Jahren durch, um die moderierende Rolle von Stressverarbeitungsmechanismen auf den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität der Betroffenen darzustellen. Die Kinder und Jugendlichen bearbeiten eine abgewandelte Form des SVF-KJ von Hampel et al. (2001) und den Kid-KINDL^R von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000). Korrelationsanalysen ergeben, dass eine hohe Lebensqualität mit günstigen Stressverarbeitungsstrategien einhergeht. Insgesamt stellen sich schwache bis mittlere Korrelationen dar, der Gesamtscore des Kid-KINDL^R korreliert schwach positiv mit den Copingstrategien „Positive Selbstinstruktion“ und „Soziales Unterstützungsbedürfnis“.

Stam et al. (2006) kommen in ihrer Studie mit 353 Überlebenden einer Krebserkrankung im Kindesalter zu folgenden Ergebnissen: Bei Kindern, die vielen optimistischen Aussagen bezüglich des weiteren Verlaufes ihrer Krankheit zustimmen können, wird ein signifikant besseres Wohlbefinden gemessen – vor allem im Bereich der mentalen Lebensqualität. Dies unterstreicht die Bedeutung einer optimistischen Einstellung für die Lebensqualität von Kindern. Im Gegensatz dazu ist der Gebrauch von interpretativen Bewältigungsstrategien mit einer schlechteren Lebensqualität vor allem körperlicher Aspekte assoziiert. Stam et al. (2006) können in ihrer Studie zeigen, dass kognitive

Bewältigungsmechanismen stark mit der Höhe der Lebensqualität assoziiert sind, da diese die Varianz der Lebensqualitätsmessung bedeutsam erhöhen.

Im Jahr 2005 führen Sawyer et al. (2005) eine Studie mit 54 an Arthritis erkrankten Kindern und Jugendlichen durch. Signifikante Zusammenhänge ergeben sich hier ebenfalls zwischen den Copingstrategien „Suche nach sozialer Unterstützung“ und „anstreben sich auszuruhen und allein zu sein“ mit der Lebensqualität der erkrankten Kinder. Beide Bewältigungsmechanismen sind in der Studie mit einer verminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert. Die Autoren nennen als Erklärung dieses (scheinbar) negativen Zusammenhangs, dass stärker in der Lebensqualität eingeschränkte Kinder die oben genannten Stressverarbeitungsmechanismen mehr einsetzen müssen, um mit ihrer Situation zurecht zu kommen. So scheinen die Bewältigungsmechanismen mit einer schlechteren Lebensqualität assoziiert zu sein.

Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last und Derkx (2004) untersuchen den Zusammenhang zwischen Copingverhalten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von 65 Jugendlichen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Die Probanden zeigen im Allgemeinen ein ähnliches Bewältigungsmuster wie gleichaltrige gesunde Jugendliche. Bei den Erkrankten fällt lediglich auf, dass sie mehr Vermeidungsverhalten zeigen als die Vergleichsgruppe – dass sie zum Beispiel ihre Probleme öfter beiseite schieben und ignorieren. Ein Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategie und Lebensqualität der Jugendlichen lässt sich vor allem für zwei Copingmechanismen zeigen. Ein depressives Reaktionsmuster (z.B. häufiges Sorgen um die Vergangenheit, an nichts anderes als die Krankheit denken zu können) steht in signifikant negativem Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in drei der sechs gemessenen Bereiche (Erkrankungssymptome, emotionales Wohlbefinden und soziale Funktionsfähigkeit). Eine optimistische Einstellung bezüglich der Erkrankung und deren Verlauf (‘predictive coping’) ist ebenfalls mit drei Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Jugendlichen assoziiert. Je mehr ‘predictive coping’ die Erkrankten einsetzen, desto höher ist ihr Wohlbefinden in den Bereichen Erkrankungssymptome, allgemeines Körpergefühl und soziale Funktionsfähigkeit. Die Autoren ziehen aus den Ergebnissen ihrer Studie den Schluss, dass eine positive Art der Bewältigung als Resilienzfaktor gesehen werden kann, der Jugendlichen trotz chronischer Erkrankung ein gutes Wohlbefinden ermöglicht.

Maurice-Stam, Grootenhuis, Brons, Caron und Last (2007) können keine signifikanten Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Copingmechanismen und der Lebensqualität von Kindern nach Behandlung einer Krebserkrankung liefern. Ihre Hypothese zur positiven Korrelation zwischen einer optimistischen Einstellung (‘predictive coping’) und einem besseren Wohlbefinden der Patienten kann dennoch bestätigt werden: Je optimistischer die Einstellung der Kinder ist, desto besser beurteilen sie auch ihr Wohlbefinden im Alltag, das emotionale Wohlbefinden und ihre Lebensqualität im Allgemeinen.

Grey, Boland, Davidson, Yu, Sullivan-Bolyai und Tamborlane (1998) führen eine klinische Studie mit 65 an Diabetes mellitus Typ I erkrankten Jugendlichen durch, um den Effekt der Copingfähigkeit auf ihre Lebensqualität zu untersuchen: Die Jugendlichen werden in zwei zufällige Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe erhält ausschließlich intensiviert kontrollierte Insulintherapie (ICT) zur Behandlung des Diabetes; die andere Gruppe wird zusätzlich einem „Coping skills training“ (CST) unterzogen, in dem sie personale und soziale Fähigkeiten, kognitive Verhaltensänderungen, günstige Problemlösestrategien und soziale Konfliktlösungsmöglichkeiten erlernt. Die Gruppe, die am CST teilnahm, kann nach drei Monaten nicht nur eine bessere metabolische Kontrolle und bessere Copingstrategien als die Vergleichsgruppe vorweisen – es ergibt sich auch ein wesentlich geringerer negativer Einfluss der Erkrankung auf die empfundene Lebensqualität. Durch die Ergebnisse der Studie verdeutlichen Grey et al. (1998) den Effekt positiver Bewältigungsstrategien auf das Wohlbefinden chronisch kranker und somit dauerhaft stark belasteter Kinder.

Auch für Kinder, die nicht selbst erkrankt, sondern die durch die Erkrankung eines Angehörigen psychisch stark belastet sind, wird der Zusammenhang zwischen Stressbewältigung und Lebensqualität im **Selbstbericht** in einzelnen Studien untersucht:

In einer Studie von 2004 mit 83 Geschwistern von an Krebs erkrankten Kindern können Houtzager, Oort, Hoekstra-Weebers, Caron, Grootenhuis und Last (2004) keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der allgemeinen Stressbewältigung der Brüder und Schwestern und ihrer Lebensqualität darstellen. Es wird allerdings gezeigt, dass eine optimistische Sicht der Kinder hinsichtlich der Krankheit des Geschwisterkindes (‘predictive coping’) signifikant mit einem geringeren Grad an Einsamkeit, Ängstlichkeit und Unsicherheit zusammenhängt. Geschwister, die intensiv nach der Bedeutung und dem Verständnis der Krankheit suchen (‘interpretative control’) oder sich in einem hohen Maße auf medizinisches Personal stützen (‘vicarious control’), geben ein verstärktes Gefühl der Unsicherheit an.

Eine weitere Studie von Houtzager, Grootenhuis, Hoekstra-Weebers und Last (2005) zum Einfluss kognitiver Bewältigungsstrategien auf die Lebensqualität des gleichen Probandenkreises kann einen Zusammenhang bei zwei der vier kognitiven Copingmechanismen feststellen: Je mehr positive Erwartungen die Kinder bezüglich der Krankheit ihrer Geschwister haben (‘predictive coping’), desto höher bewerten sie ihre Lebensqualität in den Bereichen der kognitiven und emotionalen Funktionen. Das Verlangen nach Informationen und die Suche nach der Bedeutung der Erkrankung (‘interpretative control’) korrelieren hingegen negativ mit der Höhe der Lebensqualität - Geschwister, die vor allem diese Strategie der Bewältigung nutzen, erfahren bedeutend weniger positive Gefühle als die, die auf eine positive Zukunft der Krebserkrankung vertrauen können.

2.3.3.3.2 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT IM FREMDBERICHT

In einer Studie mit 48 unter chronischen Kopfschmerzen leidenden Kindern untersuchen Frare, Axia and Battistella (2002) den Zusammenhang zwischen Copingmechanismen der Kinder und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität im **Elternbericht**. Die Interviews zeigen, dass die Kinder effektive Bewältigungsstrategien wie die „Suche nach sozialer Unterstützung“ sowie problemorientiertes und kognitives Coping einsetzen, um ihre Situation besser bewältigen zu können. Es kann ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Stressbewältigung der Kinder und ihrer Lebensqualität festgestellt werden – je besser die Kinder ihre Situation bewältigen können, desto höher ist ihre Lebensqualität. Frare et al. (2002) erlangen hoch signifikante Ergebnisse und können einen kausalen Zusammenhang zwischen der Copingfähigkeit der Kinder und ihrer Lebensqualität herstellen. Eine gute Bewältigungsstrategie kann als prädiktiver Faktor für eine bessere Lebensqualität identifiziert werden.

2.3.3.3.3 ZUSAMMENHANG DER STRESSVERARBEITUNG VON KINDERN MIT IHRER LEBENSQUALITÄT IM SELBST- UND ELTERNBERICHT

In drei der beschriebenen Studien wird der Zusammenhang sowohl aus Daten aus dem Selbstbericht der Kinder als auch denen der Elternberichte untersucht:

Marsac, Funk und Nelson (2006) führen eine Studie mit 47 an Asthma erkrankten Kindern und deren Eltern durch und können signifikante Ergebnisse für einen negativen Zusammenhang zwischen vermeidender Copingstrategie und der Lebensqualität der Kinder liefern, vor allem deutlich in der Fremddarstellung durch die Mütter der Erkrankten. Je mehr vermeidende Strategien die Kinder anwenden, desto niedriger wird ihre Lebensqualität gewertet. Marsac et al. (2006) vermuten anhand ihrer Ergebnisse, dass vermeidendes Coping im Allgemeinen in einem größeren Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder steht als aktives Bewältigungsverhalten.

Sawyer, Whitham, Robertson, Taplin, Varni und Baghurst (2003) befragen 59 an idiopathischer juveniler Arthritis erkrankte Kinder und deren Eltern bezüglich des Zusammenhanges der Schmerzerfahrungen und Copingstrategien mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. Im Fremdbbericht durch die Eltern ergibt sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Copingstrategie „anstreben sich auszuruhen und allein zu sein“ (‘strive to rest and be alone’) und der Lebensqualität der Kinder in den Bereichen körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden sowie im krankheitsbezogenen Fragebogen im Bereich täglicher Aktivitäten. Die Kinder selbst

berichten einen seltenen Gebrauch dieser Bewältigungsstrategie und es ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Bewältigung durch Suche nach sozialer Unterstützung ergibt im Selbstbericht einen signifikant negativen Zusammenhang mit zwei Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, nämlich dem emotionalen und sozialen Wohlbefinden. Positiv auf die Lebensqualität der Kinder mit idiopathischer juveniler Arthritis im Bereich sozialer Funktionen wirkt sich im Fremdbereich der Studie der Copingfaktor „kognitive Selbstinstruktion“ aus.

Die Untersuchung von Ravens-Sieberer, Redegeld und Bullinger (2001) mit 1019 Probanden umfasst die Erkrankungen Adipositas, Asthma und atopischer Dermatitis bei Kindern. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass 36,7% der Varianz ihrer Lebensqualität - gemessen mit KINDL^R durch die Variablen Stress, Coping, emotionale Unterstützung und globale Gesundheit zu erklären sind. Coping wird hier als bedeutender Faktor zur positiven Beeinflussung der Lebensqualität belasteter Kinder identifiziert.

Der Großteil der oben beschriebenen Studien bezieht sich auf den Zusammenhang von Stressbewältigung und Lebensqualität bei selbst erkrankten Kindern und Jugendlichen. Bei Kindern mit psychischen Belastungen durch die Erkrankung eines Angehörigen ist dieser Zusammenhang in der Literatur nur selten beschrieben. Diese Tatsache unterstreicht die Bedeutung der vorliegenden Studie, die sich im Besonderen mit dem Zusammenhang der Stressverarbeitung und der Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter auseinandersetzt.

Um einen Überblick über die Studienergebnisse zu erhalten, sind sie in Tabelle 3 noch einmal zusammen gefasst.

Tabelle 3: Zusammenhänge von Stressbewältigung und Lebensqualität bei Kindern mit verschiedenen Belastungen

Autoren (Jahr)	Erhebungsinstrument (Lebensqualität)	Stressbewältigungsstrategie	Korrelation	Art der Belastung
Eschenbeck et al. (2006)	KINDL ^R (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Problemorientiert (problemlösende = günstige Bewältigung*)	+	Keine
		Destruktiv-ärgerbezogen (ungünstige Bewältigung*)	-	
Petersen et al. (2006)	`Chronic generic module´ des DISABKIDS-Instrumentes (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	`acceptance´	+	Eigene Erkrankung
		`emotional reaction´	-	

Autoren (Jahr)	Erhebungsinstrument (Lebensqualität)	Stressbewältigungsstrategie	Korrelation	Art der Belastung
Stauber et al. (2002)	Kid-KINDL ^R (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Problemlösende (günstige) Stressverarbeitung; Positive Selbstinstruktion, Soziales Unterstützungsbedürfnis	+	Eigene Erkrankung
Stam et al. (2006)	RAND-36 (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Positive Einstellung, Optimismus (problemlösende Bewältigung*)	+	Eigene Erkrankung
		Interpretative Bewältigung	-	
Sawyer et al. (2005)	PedsQL (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Soziales Unterstützungsbedürfnis (problemlösende Bewältigung*); Anstreben sich auszuruhen und allein zu sein	-	Eigene Erkrankung
Zaag-Loonen et al. (2004)	ImpactII, disease-specific questionnaire (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Positive Einstellung, Optimismus (problemlösende Bewältigung*)	+	Eigene Erkrankung
		Depressives Reaktionsmuster: Sorgen um die Vergangenheit, gedankliche Weiterbeschäftigung (ungünstige Stressverarbeitung*)	-	
Maurice-Stam et al. (2007)	TNO-AZL children's quality of life questionnaire (TACQOL) (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Positive Einstellung, Optimismus (problemlösende Bewältigung*)	+ (n.s.)	Eigene Erkrankung
Grey et al. (1998)	Diabetes Quality of Life Youth Scale (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Günstige Stressverarbeitungsstrategien (Modifikation kognitiver Strategien, Training sozialer Kompetenzen, guter Konfliktlösungen und sozialer Problemlösungen)	+	Eigene Erkrankung
Houtzager et al. (2004)	The Dutch Children's AZL/TNO quality of life questionnaire (DuCATQoL)	Positive Einstellung, Optimismus – kognitives Coping (problemlösende Bewältigung*)	+ (n.s.)	Erkrankung des Geschwisters
		Suche nach Bedeutung und Verständnis der Krankheit, Stützen auf medizinisches Personal - kognitives Coping	- (n.s.)	
Houtzager et al. (2005)	TACQOL (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Positive Einstellung, Optimismus - kognitives Coping (problemlösende Bewältigung*)	+	Erkrankung des Geschwisters
		Suche nach Bedeutung und Verständnis der Krankheit - kognitives Coping (*ungünstige Stressverarbeitung)	-	

Autoren (Jahr)	Erhebungsinstrument (Lebensqualität)	Stressbewältigungsstrategie	Korrelation	Art der Belastung
Frare et al. (2002)	Ecocultural Family Interview (EFI) (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Problemorientiert, soziales Unterstützungsbedürfnis (problemlösende Bewältigung*), kognitives Coping	+ (Elternbericht)	Eigene Erkrankung
Marsac et al. (2006)	Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ): activities, symptoms, emotions	Vermeidende Bewältigungsstrategien (ungünstige Bewältigung*)	- (Elternbericht)	Eigene Erkrankung
Sawyer et al. (2003)	PedsQL (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Kognitive Selbstinstruktion (problemlösende Bewältigung*)	+ (Elternbericht)	Eigene Erkrankung
		Soziales Unterstützungsbedürfnis (problemlösende Bewältigung*); Anstreben sich auszuruhen und allein zu sein	- (Elternbericht)	
Ravens-Sieberer et al. (2001)	KINDL ^R (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	Günstige Stressverarbeitungsstrategien	+ (Eltern-& Selbstbericht)	Eigene Erkrankung

+ = positive Korrelation; - = negative Korrelation; n.s. = nicht signifikant

* nach der Einteilung von Hampel et al. (2001)

Auf die für diese Studie relevanten Fragebögen wird im Methodenteil genauer eingegangen.

In Anbetracht der bisherigen Studienergebnisse scheinen günstige Stressverarbeitungsstrategien Schutzfaktoren zu sein, die Kindern ermöglichen, trotz starker körperlicher oder psychischer Belastungen eine gute Lebensqualität zu erhalten.

Über den Zusammenhang der Stressverarbeitung und der Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Eltern gibt es in der Literatur bisher allerdings keine Ergebnisse. Deshalb soll es Aufgabe der vorliegenden Arbeit sein, die Beziehung zwischen der Stressverarbeitung von Kindern psychisch Kranker und ihrer Lebensqualität zu überprüfen. Die Ergebnisse sind von großer Bedeutung hinsichtlich zukünftiger Hilfsangebote und der Stärkung der Anpassungsfähigkeit an problembehaftete Situationen.

2.3.3.3.4 BEDEUTUNG VON SELBST- UND FREMDBEURTEILUNGEN

Bei verschiedenen Studien sind die Ergebnisse hinsichtlich des Ausmaßes der Eltern-Kind-Übereinstimmungen bei der Bewertung der kindlichen Lebensqualität nicht einheitlich. Einige Studien berichteten über eine eher geringe Übereinstimmung der Eltern-Kind-Bewertung (Upton et al., 2005; Marsac et al., 2006; Sawyer et al., 2003; Vrijmoet-Wiersma et al., 2009), andere kommen zu mäßigen bis guten Übereinstimmungen (Sawyer, Antoniou, Toogood & Rice, 1999; Theunissen et al., 1998).

Bei der Fremdbeurteilung der Kinder durch die Eltern muss immer bedacht werden, dass die subjektive Sichtweise der Eltern in die Bewertung einfließt und äußerlich ableitbare Dimensionen, wie z.B. das körperliche Wohlbefinden besser einzuschätzen sind als das emotionale Erleben (Jokovic, Locker & Guyatt, 2004). Daher ist die Einschätzung von Frau Ravens-Sieberer (2006) nachvollziehbar, dass die Fremdeinschätzung zur Gewinnung von Informationen zwar hilfreich ist, jedoch die Selbstauskunft nur in geringem Maß ersetzen kann.

Auch in verschiedenen anderen Studien wird deutlich, dass die Bewertung der Lebensqualität sowohl im Fremd- als auch im Selbstbericht stattfinden sollte.

Trotz einer möglichen Einschränkung in der Aussagekraft einer Fremdeinschätzung wurde in der vorliegenden Studie entschieden, die Datenerhebung durch eine Befragung psychisch erkrankter Eltern bezüglich ihrer Kinder durchzuführen. Für dieses Vorgehen sprach die Erkenntnis, dass die Erreichbarkeit betroffener Eltern deutlich besser ist als die ihrer Kinder und somit überhaupt erste Befragungen über das kindliche Erleben in betroffenen Familien möglich wird. Darüber hinaus können die gewonnenen Fremdeinschätzungen mit anderen Studien verglichen und weitere Befunde über die Lebensqualität der Kinder von psychisch Kranken aufgezeigt werden.

2.3.4 MÖGLICHE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE LEBENSQUALITÄT VON KINDERN PSYCHISCH KRANKER

Wie bereits im Vorfeld aufgezeigt, gelten „Risikofaktoren wie kindliche Misshandlung, **psychische Störungen der Eltern**, chronische Auseinandersetzungen in der Familie, anhaltende Belastungen oder auch ein niedriger sozioökonomischer Status als...Prädiktoren ungünstiger Entwicklungsverläufe“ (Holtmann & Schmidt, 2004 nach Egle, Hoffmann & Steffens, 1997; Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2002; Laucht, Schmidt & Esser, 2002).

Viele Autoren beschreiben die psychische Erkrankung eines Elternteils als Risikofaktor für die betroffenen Kinder. Es ist dabei meistens von erschwerten Entwicklungsbedingungen oder der Gefahr eigener psychischer Auffälligkeiten die Rede. Direkte subjektive und objektive Prädiktoren ihrer

Lebensqualität sind nur selten beschrieben, allerdings sind einige Schutz- und Belastungsfaktoren der Kinder psychisch Kranker (unter Punkt 2.2.2 bereits zum Teil beschrieben) bekannt:

Gehrmann und Sumargo (2009) beschreiben eine Häufung psychosozialer Risikofaktoren bei Kindern psychisch Kranker. Das sind unter anderem die Isolation durch die Erkrankung, der Mangel an Familienzusammenhalt oder der Verlust eines Familienangehörigen - meist eines Elternteils - durch Trennung, Armut, ein niedriger Bildungsstand der Eltern und mangelnde Förderung der Kinder. Die Autoren nennen aber auch Schutzfaktoren, die das Risiko der Kinder zumindest teilweise reduzieren. Beispiele sind ein gutes, unterstützendes Verhältnis zu den Eltern, psychosoziale und intellektuelle Ressourcen und ein positives Selbstkonzept des Kindes (vgl. Laucht, Esser & Schmidt, 1998).

Auch Mattejat (2009) sieht die Gefahr der hohen psychosozialen Belastungssituation von Kindern mit psychisch krankem Elternteil in der Kumulierung von Belastungsfaktoren mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung eigener psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Solche Risikofaktoren, die in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil gehäuft vorkommen, sind u. a. ein niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit, Probleme in der Beziehung der Eltern wie Trennung oder Disharmonie, allein erziehende Elternteile, geringer Wohnraum bei großen Familien, Vernachlässigung und die längere Trennung von den Eltern. Trotz der hohen Belastung bleiben einige Kinder gesund: Sie zeigen eine gute Anpassungsfähigkeit (Resilienz). Diese Kinder scheinen Fähigkeiten und ein Umfeld zu besitzen, die sie vor eigenen Krankheiten und schlechter Lebensqualität schützen.

An in der Person liegenden Schutzfaktoren nennt Mattejat (2009) u. a. das weibliche Geschlecht (im Kindesalter, vgl. Bastiaansen et al., 2005a), ein gutes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, eine positive Lebenseinstellung und Religiosität, Intelligenz, Verfügbarkeit von aktiven/ günstigen Bewältigungsstrategien (vgl. Anthony, 1987; Bissonnette, 1998; Lenz, 2005; Mattejat, 2005; Werner, 2007) und soziale Kompetenz. Als familiäre Schutzfaktoren werden beispielsweise eine sichere Bindung und positive Beziehung zu mindestens einem Elternteil, ein hinreichendes Einkommen/ sozioökonomischer Status, ein hohes Bildungsniveau der Eltern, eine gute Elternbeziehung und die psychische Stabilität der Eltern genannt. Soziale Schutzfaktoren sind die soziale Unterstützung des Umfeldes, eine erwachsene Bezugsperson des Kindes außerhalb der Familie und Kontakte zu Gleichaltrigen (vgl. Lenz, 2005; Wagenblass, 2003; Werner, 2007).

Die direkten Zusammenhänge zwischen subjektiven und objektiven Einflussfaktoren (unabhängige Variablen) und der Lebensqualität als Outcomeparameter (abhängige Variable) von **Kindern psychisch Kranker** sind bisher nicht ausreichend beschrieben. Diese Erkenntnis unterstreicht die Bedeutung der vorliegenden Studie, die zum Ziel hat, Prädiktoren der Lebensqualität von Kindern psychisch Kranker zu identifizieren. Der angestrebte Wissensgewinn soll dazu beitragen, Kindern

psychisch erkrankter Personen dabei zu helfen, trotz belastender Umstände eine gute Lebensqualität zu erhalten und sich zu gesunden Erwachsenen zu entwickeln.

2.4 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Der Zusammenhang zwischen verschiedenen soziodemographischen Variablen sowie persönlichen Faktoren und der Lebensqualität wird in mehreren Studien an unterschiedlichen Probandengruppen bereits beschrieben. Dieser Zusammenhang soll an einer Gruppe von Kindern psychisch erkrankter Eltern überprüft werden. Die Fragen lauten:

1. Korrelieren die unter Punkt 2.3.1 und 2.3.2 beschriebenen objektiven und subjektiven Faktoren auch mit der Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter?
2. In welchen Faktoren unterscheiden sich die Kinder, die widerstandsfähig sind und trotz hohen Risikos eine gute Lebensqualität haben, von denen, deren Lebensqualität stark unter der Belastung leidet?
3. Welche Faktoren ermöglichen es ihnen, trotz der Belastung durch einen psychisch erkrankten Elternteil eine gute Lebensqualität zu erhalten?
4. Welche Faktoren wirken sich negativ auf ihr Wohlbefinden aus?
5. Welche Rolle spielen soziodemographische Daten, familiäre Situation und Persönlichkeitsmerkmale bei der Verarbeitung der Belastung?

Diese Punkte sollen in der vorliegenden Arbeit geklärt werden.

Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Stressverarbeitungsstrategien der Kinder gelegt werden.

Oben genannte Studien belegen, dass es objektive Faktoren – soziodemographische und klinische Daten - gibt, die die subjektive Lebensqualität von Personen beeinflussen. Es soll in der vorliegenden Arbeit überprüft werden, ob diese Zusammenhänge auch bei Kindern psychisch Kranker bestehen.

Anhand bisheriger wissenschaftlicher Ergebnisse (1.5.1, 1.5.3) lassen sich zu objektiven Einflussfaktoren auf die Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter einige Hypothesen formulieren.

Für objektive Faktoren, die sich auf das Kind selbst beziehen, lassen sich die folgenden sechs Hypothesen aufstellen:

Ein Zusammenhang ohne vorhersagbare Richtung besteht zwischen der Lebensqualität und

1. dem **Alter** des Kindes,
2. dem **Alter des Kindes bei Ersterkrankung des Elternteils**,
3. dem **Geschlecht** des Kindes.

Ein Zusammenhang mit vorhersagbarer Richtung besteht bei

4. **Religionszugehörigkeit (4a) und Religiosität (4b)** mit positivem Einfluss auf die Lebensqualität der Kinder und
5. **Migrationshintergrund** mit negativer Wirkung auf die Lebensqualität des Kindes.
6. Das Vorliegen einer **behandlungsbedürftigen Erkrankung im letzten Jahr** korreliert negativ mit der Lebensqualität.

In Bezug auf soziodemographische Daten der erkrankten Eltern können weitere Hypothesen formuliert werden:

7. Das **Geschlecht** des betroffenen Elternteils steht in Zusammenhang mit der Lebensqualität,
8. der **Familienstand** der Eltern steht in Zusammenhang mit der Lebensqualität des Kindes (d.h. zusammen lebende Eltern haben im Vergleich zu getrennten einen positiven Einfluss)
9. ein **höherer Schulabschluss (a)**, ein höherer **Berufsabschluss (b)** und eine gute **derzeitige berufliche Situation (c)** des erkrankten Elternteils stehen in positivem Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder.
10. Das **Überlastungsgefühl** des erkrankten Elternteils in Bezug auf die Kindererziehung steht in negativem Zusammenhang mit der Lebensqualität.

Auch klinische Variablen der Erkrankten stehen in Zusammenhang mit der Lebensqualität ihrer Kinder:

11. Die **psychiatrische Diagnose** ist ein bedeutender Prädiktor der Lebensqualität.

12. Die **Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte** korreliert negativ mit dem Wohlbefinden der Kinder.

Zu familiären und in der Umwelt liegenden Faktoren lassen sich folgende Hypothesen aufstellen

13. Das **Haushaltseinkommen** steht in positivem Zusammenhang mit der Lebensqualität.

Weitere Einflussfaktoren sind

14. die **Tabuisierung der Erkrankung** und

15. die **Anzahl der Geschwister** die mit der Lebensqualität in negativem Zusammenhang stehen.

Nach bisherigen Erkenntnissen (2.3.2, 2.3.4) lassen sich ebenfalls Hypothesen zu subjektiven Prädiktoren der Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter formulieren:

16. Der Grad der **Depressivität (a)** der Kinder korreliert negativ mit ihrer Lebensqualität. Die Höhe des **Selbstwertgefühls (b)** und das **Selbstkonzept (c)** der Kinder korrelieren positiv mit ihrer Lebensqualität.

17. Auch die **Stressverarbeitung** in belastenden Situationen steht, wie oben dargestellte Studien belegen, in bedeutendem Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. In den unter 2.3.3.3 dargestellten Befunden zeichnet sich deutlich ab, dass stressreduzierendes Coping (v.a. Problemlösende Bewältigungsstrategien) positiv mit der Lebensqualität von Kindern korreliert. Somit lässt sich folgende Hypothese bezüglich des Einflusses der Stressverarbeitung formulieren:

a) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anwendung günstiger (stressreduzierender) Stressbewältigungsstrategien (v.a. Problemlösender Bewältigungsstrategien) und der Lebensqualität bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Es wird erwartet, dass „Bagatellisierung“ und „Ablenkung/Erholung“ (Sekundärtest „Emotionsregulierung“) sowie „Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktion“ und „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ (Sekundärtest „Problemlösende Bewältigung“) signifikante Prädiktoren der Lebensqualität sind.

In verschiedenen Studien wird ein negativer Zusammenhang zwischen verschiedenen ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien (z.B. Aggression, passive Vermeidung, Gedankliche

Weiterbeschäftigung) und der Lebensqualität von Kindern gezeigt. Ausgehend vom derzeitigen Wissensstand lässt sich somit eine weitere Hypothese bezüglich der Stressverarbeitung aufstellen:

b) Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung ungünstiger (stressvermehrender) Stressbewältigungsstrategien und der Lebensqualität bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Dieser negative Zusammenhang wird bei den Stressverarbeitungsstrategien „Passive Vermeidung“, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“ und „Aggression“ sowie für die Summe der ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien erwartet.

Da die tatsächliche Auswirkung der psychiatrischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder durch das Fehlen einer Kontrollgruppe von gesunden Eltern nicht abzuschätzen ist, wird hier ersatzweise der Schweregrad der Belastungen innerhalb der Stichprobe als Einflussfaktor verwendet.

Damit kann nicht ausgesagt werden, dass die gefundenen Zusammenhänge spezifisch für Kinder psychisch Kranker Eltern sind, da die gleichen Zusammenhänge auch in Stichproben nicht erkrankter Eltern beobachtbar wären.

3. METHODIK

Im folgenden Kapitel sollen Stichprobe, Studiendesign und –ablauf, Zielsetzung, verwendete Fragebögen sowie die statistische Auswertung der Studie dargestellt werden.

Bei der hier vorliegenden Arbeit handelt sich um eine Interviewstudie, im Rahmen derer psychisch erkrankte Eltern minderjähriger Kinder einmalig befragt wurden, das heißt es handelt sich hierbei um ein Fremdbeurteilungsverfahren. Die interviewten Personen befanden sich zur Zeit der Datenerhebung in stationärer psychiatrischer Behandlung.

3.1 DIE STICHPROBE

3.1.1 EINSCHLUSSKRITERIEN

Insgesamt wurden 94 stationäre Patienten in fünf psychiatrischen Kliniken kontaktiert.

Für die Teilnahme an der Studie mussten folgende Einschlusskriterien erfüllt sein:

- ⇒ Patient befindet sich in vollstationärer Behandlung in einer der Kooperationskliniken
- ⇒ Patient ist Vater oder Mutter (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegeeltern) eines Kindes im Alter von 3-18 Jahren
- ⇒ Kind lebt seit mindestens 12 Monaten im gleichen Haushalt

3.1.2 AUSSCHLUSSKRITERIEN

Nicht in Frage kamen Personen mit folgenden Ausschlusskriterien:

- ⇒ Patient ist in teilstationärer/ ambulanter Behandlung
- ⇒ Patient wird in einer geschlossenen Abteilung behandelt
- ⇒ Patient ist nicht ansprechbar
- ⇒ Patient hat deutliche Intelligenzminderung
- ⇒ Personen hat mangelnde Sprachkenntnisse
- ⇒ Es leben keine Kinder im Haushalt des Patienten
- ⇒ Kinder leben seit weniger als 12 Monaten im Haushalt
- ⇒ Kinder sind jünger als 3 Jahre oder älter als 18 Jahre

Die Patienten rekrutierten sich aus folgenden Kliniken:

- ⇒ Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie der Universitätsklinikum Gießen-Marburg GmbH, Am Steg 22, 35385 Gießen
- ⇒ Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn, Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Gießen, Licher Str. 106, 35394 Gießen
- ⇒ Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Marburg des Universitätsklinikums Gießen-Marburg GmbH, Bultmannstr. 8, 35039 Marburg
- ⇒ Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn, Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Marburg-Süd, Cappeller Str. 98, 35039 Marburg
- ⇒ Zentrum für Soziale Psychiatrie Rehbergpark g.GmbH, Austraße 40, 35745 Herborn

3.1.3 UMFANG UND ZUSAMMENSETZUNG DER STICHPROBE

3.1.3.1 STICHPROBENUMFANG

Insgesamt wurden 94 Befragungen durchgeführt, von denen nachträglich 24 von der Analyse ausgeschlossen wurden. Es stellte sich in diesen Fällen erst nach den Interviews heraus, dass Einschlusskriterien nicht erfüllt waren. Außerdem wurden die Daten in den Fällen ausgeschlossen, in denen das Kind während des Klinikaufenthalts mit dem Elternteil auf der psychiatrischen Station untergebracht war (Mutter-Kind-Behandlung) oder in den letzten zwei Jahren sechs Monate und länger vom Interviewteilnehmer getrennt war.

Aufschlüsselung der Ursachen für die 24 aus der Analyse genommenen Interviews:

- Interviewter nicht voll-, sondern teilstationär untergebracht: 4 Fälle
- Interviewter lebt mit seinem Kind nicht im gleichen Haushalt: 8 Fälle
- Interviewter und sein Kind waren innerhalb der letzten zwei Jahre länger als sechs Monate getrennt: 10 Fälle
- Mutter-Kind-Behandlung: 3 Fälle

In einem Fall wurde ein Interview zu einem weiteren Kind der Familie angefertigt, das nicht in die Analyse einbezogen wurde.

70 Interviews entsprachen den oben genannten Kriterien und gelangten somit in die folgende Datenanalyse.

3.1.3.2 GESCHLECHT DER INTERVIEWTEN ELTERN

Die Geschlechterverteilung der Probanden ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Geschlecht der interviewten Eltern

Geschlecht	Anzahl der Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Weiblich	40	57,1
Männlich	30	42,9

Unter den 70 in die Datenanalyse einbezogenen Interviewteilnehmern waren mehr weiblich als männlich.

3.1.3.3 ALTER DER INTERVIEWTEN ELTERN

Die Altersverteilung der in die Datenanalyse einbezogenen Probanden stellt Tabelle 5 dar.

Tabelle 5: Alter der interviewten Eltern

Mittleres Alter der Stichprobe in Jahren	Mittleres Alter Frauen	Mittleres Alter Männer	Standardabweichung
41,96	40,17	44,35	6,86

Das Alter der Probanden lag zwischen 27,48 und 57,29 Jahren. Die befragten Männer waren signifikant älter als die Frauen der Stichprobe.

3.1.3.4 PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN DER ELTERN

Die psychiatrischen Diagnosen der Interviewteilnehmer konnten in 38 (54,3%) der 70 Fälle aus den Ärztefragebögen entnommen werden, die dem behandelnden Arzt bei Einverständnis des Probanden ausgehändigt wurden. Die anderen Diagnoseangaben beruhen auf Aussagen des Befragten, drei (4,3%) der Befragten gaben ihre Diagnosen gar nicht an.

Bei 46 (56,7%) der Interviewteilnehmer lag nur eine psychische Erkrankung vor, auf 21 Personen (30,0%) trafen eine bis drei weitere Diagnosen zu.

In Tabelle 6 ist die Verteilung der psychischen Störungen in der Stichprobe dargestellt.

Tabelle 6: Diagnosen der Interviewteilnehmer nach ICD-10

Psychiatrische Diagnose	Anzahl Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen F00-F09	2	2,9
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10-F19	10	14,3
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F20-F29	5	7,1
Affektive Störungen F30-39	41	58,6
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen F40-49	21	30,0
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50-59	1	1,4
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60-69	11	15,7
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-98)	2	2,9

Die meisten psychiatrischen Diagnosen der Stichprobe entfielen, wie in Tabelle 6 dargestellt, mit 41 Personen auf die Gruppe der *Affektiven Störungen* (F30-39). Die am häufigsten diagnostizierte affektive Störung der Stichprobe stellt die Diagnose der *Depressiven Episode* (F32) dar.

Als zweithäufigste Erkrankung der Teilnehmer traf die Diagnose *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung* (F40-49) zu – die meisten dieser Personen (8,6% der Stichprobe) litten an einer *Anpassungsstörung* (F43.2) sowie mit jeweils drei Personen (4,3%) an einer nicht näher definierten *Angststörung* (F41) oder *Panikstörung* (episodisch paroxysmale Angst – F41.0).

Die dritt- und viertgrößte Gruppe stellen die *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F60-69) mit elf Fällen und die Gruppe der *Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10-19) mit zehn Betroffenen dar.

Einzelne Personen konnten den Störungsgruppen *Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen* (F20-29), *Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen* (F00-F09), *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (F90-98) und *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren* (F50-59) zugeordnet werden.

Da für einige der Probanden mehrere Diagnosen zutrafen, ergeben die Prozentzahlen insgesamt mehr als 100%.

Weitere soziodemographische und klinische Angaben folgen im Ergebnisteil.

3.2 ABLAUF DER UNTERSUCHUNG

3.2.1 DIE INTERVIEWERINNEN

Die Datenerhebung wurde von sechs Studentinnen aus den Fachbereichen Psychologie und Humanmedizin im Alter von 22-25 Jahren durchgeführt. Die Interviewerinnen nahmen vor Beginn der Befragungen an einem Interviewtraining teil, um Probandenrekrutierung und Befragung standardisiert durchführen zu können. Die Projektleiterin klärte über mögliche Fehlerquellen und Schwierigkeiten bei der Durchführung der Interviews auf und besprach mit den Interviewerinnen Ein- und Ausschlusskriterien, daten- und versicherungsschutzrechtliche Aufklärung der Patienten sowie die Fragebögen und den standardisierten Ablauf der Befragungen.

Anschließend führten die Studentinnen Probeinterviews durch, um den Ablauf der Interviews und Reaktionen auf Fehlverhalten der Interviewten zu üben und zu verinnerlichen.

3.2.2 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Es wurde eine einzeitige Querschnittsmessung an psychisch erkrankten Eltern durchgeführt. Die Probanden wurden zu soziodemographischen Daten ihrer Person, ihrer Familie und ihrem Kind sowie zu Persönlichkeitsfaktoren, Stressverarbeitungsstrategien und zur Lebensqualität ihres Kindes befragt. Die erhobenen Daten sollen genutzt werden, um den Zusammenhang verschiedener soziodemographischer und persönlicher Variablen und der Stressverarbeitung mit der Lebensqualität der Kinder zu ermitteln.

An der Höhe der Lebensqualität der Kinder wird in der vorliegenden Arbeit ihre Anpassung an die Belastung, einen psychisch erkrankten Elternteil zu haben, gemessen. Die Anpassung ist erfolgreich, wenn ein positives Outcome – eine gute Lebensqualität – trotz Belastung besteht. Je höher die Lebensqualität, desto besser ist die Anpassung der Kinder.

Kinder, die eine gute Lebensqualität erhalten konnten, können als widerstands- und anpassungsfähig bezeichnet werden.

Über den Zeitraum eines halben Jahres wurden konsekutive Erhebungen und standardisierte Befragungen aller neu aufgenommenen Patienten mit minderjährigen Kindern durchgeführt. Um die Prävalenzrate von Kindern psychisch Kranker schätzen zu können, wurden diese Fragen in die Aufnahmeroutine integriert. Personen mit Kindern ab drei Jahren wurden gebeten, an einer ausführlicheren standardisierten Befragung bezüglich der konkreten Situation des Kindes teilzunehmen.

In der Regel nannten die Kooperationskliniken den Interviewerinnen Patienten, die für die Studie in Frage kamen und sich beteiligen wollten. Dafür wurde zunächst das Pflege- und ärztliche Personal der psychiatrischen Kliniken über die Studie informiert und um Mithilfe bei der Rekrutierung von Probanden gebeten. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätskliniken Gießen-Marburg GmbH erfragten die Interviewerinnen selbst die Ein-/Ausschlusskriterien und Teilnahmebereitschaft bei neu aufgenommenen Patienten.

Alle Patienten wurden mittels eines standardisierten Textes (siehe unten) angesprochen und über den Zweck der Studie und Ablauf des Interviews aufgeklärt.

Standardisierter Text bei Erstkontakt mit möglichen Probanden:

Guten Tag, mein Name ist

Ich suche Patienten für Interviews. Es geht darum, einige Fragebögen zu beantworten, die dazu dienen sollen, in der Zukunft Hilfsangebote an psychisch erkrankte Eltern und an ihre Familien zu verbessern. Ich möchte Sie bitten, an diesem Interview teilzunehmen, falls Sie zu unserer Zielgruppe gehören.

Unsere Zielgruppe sind Patienten, die minderjährige Kinder zuhause haben – es müssen nicht nur eigene Kinder sein, sondern können auch sogenannte Stief- oder Pflegekinder sein. Leben Sie mit minderjährigen Kindern zusammen?

Falls nein → Dann kommen Sie leider nicht in Frage.

Falls ja → Sind Sie voll- oder teilstationärer Patient?

Falls teilstationär → Dann kommen Sie leider nicht in Frage.

Falls Vollstationär → Sie wären für das Interview geeignet.

Ich habe hier ein Informationsblatt zu diesem Interview. Ich würde Sie bitten, dieses durchzulesen, und falls Sie dann einverstanden sind, würden wir das Interview jetzt oder zu einer späteren Zeit durchführen. Wie es Ihnen am besten passt. Das Interview dauert ungefähr zwei Stunden. Ich beantworte Ihnen gerne auch Fragen zum Informationsblatt.

Patienten, die für die Studie in Frage kamen und sich zur Teilnahme bereit erklärten, erhielten oben genanntes Informationsblatt („Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung“) sowie die Gelegenheit für Rückfragen.

Des Weiteren fand ein ausführlicheres Aufklärungsgespräch statt, in dem der Proband über die Studie, den praktischen Ablauf, den Daten- und Versicherungsschutz des Interviews informiert wurde.

Für die Durchführung der Befragung wurde in der Regel ein weiterer Termin ausgemacht.

Die Studentinnen suchten für die Befragung einen ruhigen Raum (meistens das Stations- oder Arztzimmer; bei Einzelzimmern auch das Patientenzimmer), um ein ungestörtes und konzentriertes Setting zu schaffen.

Vor Beginn des Interviews wurde der Patient gebeten, das Formular „Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung“ zu unterschreiben, welches ihm schon bei Verabredung des Interviewtermins ausgehändigt wurde. Dem Probanden wurde außerdem Gelegenheit zur Klärung von Fragen geboten.

Die Interviews dauerten 1½ bis 3 Stunden, die Mehrzahl nahm ungefähr zwei Stunden in Anspruch. Auf Wunsch des Patienten konnte auch eine Pause eingelegt werden.

Im Anschluss an die Befragung legte die Interviewerin dem Probanden ein Formular vor, mit dem er seine Einwilligung zur Befragung seines Partners oder seines Kindes geben konnte. Außerdem wurde er um die Erlaubnis gebeten, dem behandelnden Arzt einen Fragebogen auszuhändigen.

Die Befragungen erstreckten sich über den Zeitraum von Januar bis September 2007.

3.3 ERHEBUNGSVERFAHREN

Die Befragung der Probanden bestand aus zwei Teilen mit jeweils einem Fragebogenheft. Der erste Teil enthielt Fragen zur eigenen Person (Elternfragebogen zum erkrankten Elternteil) und war in jedem der Interviews identisch. Der zweite Teil der Befragung befasste sich mit Daten zum Kind des Probanden (Elternfragebogen zu Merkmalen des Kindes). Die Kinderfragebögen wurden in Abhängigkeit vom Alter des Kindes in zwei unterschiedlichen Versionen erhoben, d.h. es wurden leicht unterschiedliche Fragen für jüngere Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter (3-6 Jahre) und für ältere Kinder (Schuleintritt bis 18 Jahre) gestellt. Aufgrund dieser Tatsache war es möglich, dass Kinder in einer großen Altersspanne (zwischen 3 und 18 Jahren) von ihren Eltern beurteilt werden konnten.

Hatte der erkrankte Elternteil mehrere Kinder im Alter von 3-18 Jahren, wurde dem Probanden freigestellt, zu welchem seiner Kinder er die Fragen beantworten wollte.

Die Interviewfragen inklusive Antwortoptionen waren in Testheften festgehalten. Die Fragen und Antwortoptionen wurden von der Interviewerin vorgelesen, um bei allen Patienten standardisierte Bedingungen zu schaffen. Es wurde entschieden, die Fragen vorzulesen, da einige Patienten mit psychischen Störungen (v.a. bei depressiver Symptomatik) Schwierigkeiten haben, umfangreiche Testhefte zu bearbeiten und sich ausdauernd zu konzentrieren.

Da die Fragebögen komplexe Antwortskalen enthielten, erhielt der Proband zur Beantwortung der Fragen ein Skalenheft. So wurde ihm ein Überblick über die Antwortmöglichkeiten der jeweiligen Fragenkomplexe gegeben.

Beispiel einer Antwortskala:

Wie zutreffend ist dieser Satz für Sie und Ihre Familie?

Mögliche Antworten:

Trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft wenig zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft sehr zu <input type="checkbox"/>
---	---	--	--

Die Fragebögen (Testhefte), anhand derer die Interviews durchgeführt wurden, bestehen aus einem komplexen Konstrukt zur Erfassung der Demographie und sozialen Situation von Eltern, Kindern und Familien, der Belastung, Lebensqualität und von möglichen Schutz- und Belastungsfaktoren der Kinder. Das Konstrukt beinhaltet neben Fragen zur Demographie der betroffenen Familien und Einzelitems zur Erfassung möglicher Schutz- und Belastungsfaktoren drei bereits validierte Fragebögen: Den Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL/4-18 (Döpfner, Schmeck & Berner, 1998), den Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen KINDL^R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) und die Adult Attachment Scale AAS (Collins & Reed, 1990; Schmidt, Strauß, Höger & Brähler, 2004). Die Einzelitems zur Erfassung möglicher Schutz- und Belastungsfaktoren wurden basierend auf einer in der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/Sozialpsychiatrie angefertigten Übersicht über Schutz- und Belastungsfaktoren für Resilienz zum Beispiel gegen Delinquenz oder Schulversagen entweder selbst konstruiert oder aus bestehenden Skalen entnommen. Da die Studie die Erstellung eines eigenen Messinstruments zum Ziel hatte, konnten zur Erfassung der Schutz- und Belastungsfaktoren keine bereits validierten Skalen verwendet werden.

Für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist nur ein Teil der erfassten Daten, wie z.B. einige der demographischen Angaben, Schutz- und Belastungsfaktoren, die Erfassung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen durch den bereits validierten Fragebogen KINDL^R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) sowie die Erhebung ihrer Stressverarbeitungsstrategien durch Teile des *Stressverarbeitungsfragebogens von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche SVF-KJ* von Hampel, Petermann und Dickow (2001).

Die soziodemographischen Daten der Probanden, Familien und Kinder sowie weitere mögliche Schutz- und Belastungsfaktoren wurden mittels selbst konstruierter oder aus bestehenden Skalen

entnommener Items erhoben. Tabellen, die die Übersicht über den Ursprung der im Testheft verwendeten Items zeigen, sind im Anhang (S. 136-139) zu finden.

3.3.1 ERHEBUNG SOZIODEMOGRAPHISCHER UND KLINISCHER ANGABEN

Es wurden die soziodemographischen Daten der erkrankten Eltern sowie ihrer Kinder und Familien erfragt. Im Folgenden sind die Variablen genannt, die für die vorliegende Studie von Bedeutung sind.

An kindlichen Daten wurden Alter und Geschlecht, das Alter bei Ersterkrankung des Elternteils, Migrationshintergrund, Religionszugehörigkeit und Religiosität und das Vorhandensein einer behandlungsbedürftigen Erkrankung im letzten Jahr erfragt.

Zum befragten Elternteil wurden folgende Daten erhoben: Alter und Geschlecht, Familienstand, Höhe des Schulabschlusses, Höhe des Berufsabschlusses und die derzeitige berufliche Situation. An klinischen Daten wurden die psychiatrische Diagnose des Elternteils, Erkrankungsdauer und die Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte erfragt.

Für die vorliegende Arbeit wurden zur Familie und Umwelt des Kindes Nettohaushaltseinkommen, Tabuisierung der Erkrankung, die Anzahl der Geschwister und die soziale Unterstützung des Kindes durch Nachbarn und Gemeinde als relevante Daten ermittelt.

3.3.2 ERHEBUNG SUBJEKTIVER SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN DER KINDER

Mögliche subjektive Einflussfaktoren auf die Lebensqualität der Kinder psychisch Kranker wurden wie folgt erhoben:

Die **Depressivität** der Kinder wurde mittels Syndromskala 3 (Ängstlichkeit/ Depressivität) aus dem *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993, 1998), der deutschen Fassung der Child Behavior Checklist/ 4-18 (Achenbach, 1991), ermittelt. Mit diesem Fragebogen beurteilen Eltern Kompetenzen, Auffälligkeiten im Verhaltens- und emotionalen Bereich und somatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren.

Die Syndromskala 3 der CBCL/4-18 ermittelt Ängstlichkeit und Depressivität der Kinder als Teil internalisierender Auffälligkeiten. Neben allgemeiner Ängstlichkeit werden auch Nervosität, Klagen

über Einsamkeit, soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung erfragt.

Die Eltern wurden darum gebeten, für jede genannte Eigenschaft zu beantworten, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten sechs Monate bei dem Kind zu beobachten war. Die Antwortmöglichkeiten waren 0 = „nicht zutreffend“, 1 = „etwas“ oder „manchmal“ und 2 = „genau“ oder „häufig“.

Beispiele:

Klagt über Einsamkeit.....	0	1	2
Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....	0	1	2
Hat Angst, in den Kindergarten/ in die Schule / zum Arbeitsplatz zu gehen.....	0	1	2
Fühlt sich wertlos und unterlegen.....	0	1	2
Ist bei anderen Kindern oder Jugendlichen nicht beliebt.....	0	1	2

Für die Skalen der CBCL/4-18 ist jeweils ein cut-off-Wert (T-Wert) angegeben. 2% der Repräsentativstichprobe hatten diesen oder einen geringeren T-Wert und wurden demzufolge als klinisch auffällig beurteilt. Zudem wurde jeweils ein Übergangsbereich von Unauffälligkeit zu Auffälligkeit definiert.

Das **Selbstwertgefühl** der Kinder wurde über 4 bzw. 5 selbstkonstruierte Items erfragt. Je nach Alter des Kindes lautete der Eingangssatz:

„Meine Meinung ist, dass dieses Kind...“ (bei noch nicht schulpflichtigen Kindern) oder

„Dieses Kind würde von sich selbst sagen, dass es...“ (bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen)

... stolz auf sich selbst ist

... sich selbst gut leiden mag

... sich unwichtig fühlt

... viele wichtige Dinge tut

... von anderen Leuten für einen wertvollen Menschen gehalten wird (nur bei älteren Kindern)

Die Beantwortung erfolgte auf einer vierstufigen Skala. Auch die Option „weiß ich nicht“ war möglich:

Ja <input type="checkbox"/> (4)	Eher ja <input type="checkbox"/> (3)	Eher nein <input type="checkbox"/> (2)	Nein <input type="checkbox"/> (1)	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/> (88)
------------------------------------	---	---	--------------------------------------	---

Für jüngere Kinder (drei bis ca. sechs Jahre) wurde angenommen, dass ihre Selbsteinschätzung nicht so stark differenziert ausgebildet ist wie bei älteren Kindern (ab Schulbeginn bis 18 Jahre) oder sie sich dazu nicht differenziert äußern können. Daher sollten die Eltern das Selbstwertgefühl bei jüngeren Kindern selbst einschätzen, während für ältere Kinder angegeben werden sollte, wie die Meinung des Kindes über sich selbst sei.

Das **Selbstkonzept** der Kinder wurde über den gleichen Fragenmodus erhoben wie das Selbstwertgefühl. Das Selbstkonzept oder Selbstbild eines Menschen bezeichnet die Wahrnehmung der und Meinung über die eigene Person. Die Fragen zum Selbstkonzept bestehen in der vorliegenden Studie aus 55 (nicht schulpflichtige Kinder zwischen 3 und 6 Jahren) bzw. 44 Items (schulpflichtige Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren). Es wurden Fragen zu schulischen (oder Kindergarten - akademisches Selbstkonzept), sozialen, emotionalen und körperlichen Aspekten sowie zum Fähigkeitsselbstkonzept und der Stabilität/ Integrität des Selbstbildes konstruiert, die das Selbstkonzept in diesen Bereichen darstellen und erfragen sollen.

Beispiele:

„Meine Meinung ist, dass dieses Kind...“ oder „Dieses Kind würde von sich selbst sagen, dass es...“

... ein guter Schüler ist (akademisches Selbstkonzept)

... klug ist (Fähigkeitsselbstkonzept)

... zu anderen Menschen leicht Kontakt knüpfen kann (soziales Selbstkonzept)

... ein freudiger Mensch ist (emotionales Selbstkonzept)

... das richtige Körpergewicht hat (physisches Selbstkonzept)

... sich seinen Überzeugungen entsprechend verhält (Stabilität des Selbstkonzeptes)

Die Beantwortung der Fragen erfolgte wie beim Selbstwertgefühl auf einer vierstufigen Skala:

Ja <input type="checkbox"/> (4)	Eher ja <input type="checkbox"/> (3)	Eher nein <input type="checkbox"/> (2)	Nein <input type="checkbox"/> (1)	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/> (88)
------------------------------------	---	---	--------------------------------------	---

Die Erhebung der Stressverarbeitung als möglicher Prädiktor der Lebensqualität wird unter 3.3.3 genauer erläutert.

3.3.3 UNABHÄNGIGE VARIABLE STRESSVERARBEITUNG GEMESSEN MIT SVF-KJ

Die Stressverarbeitung der Kinder wurde mit Hilfe einer selbsterstellten Kurzversion des *Stressverarbeitungsfragebogens von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche SVF-KJ* (Hampel, Petermann & Dickow, 2001) erhoben. Der SVF-KJ erfasst in Bezug auf zwei Stressorenbereiche mehrdimensional die dispositionelle Stressverarbeitung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-13 Jahren.

Die Bearbeitung des SVF-KJ dauert normalerweise je nach Alter und Lesefähigkeit des Kindes 10-25 Minuten (es gibt keine Zeitbeschränkung) und kann sowohl als Einzel- als auch Gruppentestung durchgeführt werden.

Der Test ist in zwei Bereiche mit jeweils 36 Items gegliedert: Der erste Teil des Fragebogens bezieht sich auf eine individuelle soziale Konfliktsituation des Kindes („Wenn mich andere Kinder unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin, dann...“), der zweite Teil beschäftigt sich mit einer Leistungssituation im schulischen Bereich, in der sich das Kind unter Druck gesetzt fühlt („Wenn mich etwas in der Schule unter Druck setzt und ich ganz aufgeregt bin, dann...“). Zu beiden Bereichen werden je zwei Beispielsituationen genannt, damit sich die Kinder zur Beantwortung der Fragen eine individuelle Situation aus dem jeweiligen Stressorbereich vorstellen können.

Der SVF-KJ erfasst neun verschiedene Stressverarbeitungsstile (neun Subtests), die nach Stauber, Petermann, Haase und Hampel (2001) hinsichtlich ihrer Wirkrichtung in fünf stressverringende und vier stressvermehrnde Verarbeitungsstile unterteilt werden können. Die fünf stressverringenden/ günstigen Copingmechanismen „Bagatellisierung“, „Ablenkung/ Erholung“, „Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktion“ und „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ bilden den Sekundärtest „Günstige Stressverarbeitung“. Diese positiven Stressverarbeitungsmechanismen werden angelehnt an Lazarus und Folkmann (1984) nochmals in die Sekundärtests „Emotionsregulierung“

(„Bagatellisierung“ und „Ablenkung/ Erholung“) und „Problemlösende Bewältigung“ („Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktion“ und „Soziales Unterstützungsbedürfnis“) unterteilt.

Die vier Subtests zu stressvermehrenden Stressverarbeitungsstilen sind „(Passive) Vermeidung“, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“ und „Aggression“ und bilden den Sekundärtest „Ungünstige Stressverarbeitung“.

Die neun Subtests des SVF-KJ werden durch jeweils vier Items repräsentiert, die in Bezug auf die individuelle soziale und schulische Belastungssituation beantwortet werden (Stauber et al., 2001). Es werden zum Umgang mit den zwei verschiedenen Konfliktsituationen so insgesamt 72 Items erhoben, die die Kinder mit einer fünfstufigen Likertskala (0 = auf keinen Fall, 1 = eher nein, 2 = vielleicht, 3 = eher ja, 4 = auf jeden Fall) bewerten können.

Bei der objektivierten Auswertung durch eine Schablone werden Rohwerte (0 = auf keinen Fall, 4 = auf jeden Fall) ermittelt und den Subtests zugeordnet. Die Konfliktsituationen (soziale/ schulische Belastungssituation) werden getrennt berechnet. Durch Addition der Subtestwerte und Division der Anzahl der Subtestwerte lassen sich Rohwerte für die Sekundärtests berechnen. Anhand von Normwerttabellen können die Werte dann in Prozentränge und T-Werte übertragen werden. Die Stressverarbeitungsstrategien können situationsspezifisch oder situationsübergreifend bestimmt werden.

Die Normierungsstichprobe besteht aus 1123 Schülern aus Hamburg, Niedersachsen und Bremen der 3. bis 7. Klasse aller Schularten im Alter von 8 bis 14 Jahren. Die Kinder und Jugendlichen bearbeiteten den SVF-KJ zu zwei Zeitpunkten mit einem Abstand von sechs Wochen, um Normwerte zu erlangen und die psychometrischen Gütekriterien des Fragebogens zu bestimmen (Hampel, Dickow & Petermann, 2002).

Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der neun situationsübergreifenden Subtests liegen zwischen .71 und .89 und sind somit zufriedenstellend bis gut (mittleres Cronbach's Alpha = .80; Fisher-z-transfomiert). Die internen Konsistenzen der Bewältigungsstile im schulischen Bereich lagen in der Mehrzahl etwas höher als in der sozialen Konfliktsituation. Das Cronbachs Alpha der situationsspezifischen Subtests stellte sich als ebenfalls zufriedenstellend dar.

Eine zeitliche Stabilität (Retest Reliabilität) war nach sechs Wochen situationsübergreifend für die Subtests „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Aggression“, „Problemlösende Bewältigung“ und „Negative Stressverarbeitung“ mit $>.69$ gegeben und ist somit ebenfalls zufriedenstellend.

Untersuchungen zur Vorhersagevalidität und Änderungssensitivität sprechen für eine gute und kriterienbezogene Validität.

Korrelationsanalysen zeigen, dass sich die neun Subtests hinreichend voneinander abgrenzen lassen. Die Interkorrelation der Subtests zeigt eine diskriminante Validität (Hampel et al., 2002).

Der *Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche SVF-KJ* ist schnell und einfach durchzuführen und liegt als reliables und valides Messinstrument zur Diagnostik von Stressverarbeitungsdispositionen im Kindes- und Jugendalter vor (Hampel et al., 2002).

Der gesamte Fragebogen SVF-KJ war für die Aufnahme in die vorliegende Studie zu umfangreich, da für die Erstellung des genannten Screeninginstruments ein umfassender Itempool verschiedenster Schutz- und Belastungsfaktoren entstehen sollte. Das geplante Screeninginstrument soll keine homogene Skala bilden, sondern verschiedenste Merkmale des Kindes und seiner Umgebung erfassen, die mit Resilienz assoziiert sind. Somit wurde aus den 4 Items eines Subtests jeweils dasjenige herausgegriffen bzw. entsprechend der Bezeichnung der Strategie formuliert, welches die Stressverarbeitungsstrategie möglichst gut repräsentierte.

In den für die Studie durchgeführten Patienteninterviews wurde jede Bewältigungsstrategie nur durch ein Einzelitem abgebildet und ist dadurch unreliabel. Die verwendeten Items sind in folgender Tabelle (Tabelle 7) dargestellt.

Tabelle 7: Items zur Erfassung der Stressverarbeitungsstrategien durch Elternurteil

Item: Wenn dieses Kind unter Druck gerät und es ganz aufgeregt ist, dann...	Zu erfassende Stressverarbeitungsstrategie	Wirkung
1) ... lenkt es sich ab	Ablenkung/ Erholung	Stressreduzierend
2) ... möchte es sich am liebsten vor dem Problem drücken	Passive Vermeidung	Stressvermehrend
3) ... macht dieses Kind einen Plan, wie es das Problem lösen kann	Situationskontrolle	Stressreduzierend
4) ... sagt es, dass das nicht so schlimm ist	Bagatellisierung	Stressreduzierend
5) ... gibt dieses Kind auf	Resignation	Stressvermehrend
6) ... sagt es sich, dass es das Problem irgendwie lösen kann	Positive Selbstinstruktion	Stressreduzierend
7) ... wird dieses Kind wütend	Aggression	Stressvermehrend
8) ... beschäftigt es sich die ganze Zeit nur mit Sorgen und Gedanken über dieses Problem	Gedankliche Weiterbeschäftigung	Stressvermehrend
9)... fragt es jemanden um Hilfe	Soziales Unterstützungsbedürfnis	Stressreduzierend

Die Instruktion an das beurteilende Elternteil lautete: „Jetzt geht es darum, wie dieses Kind mit Situationen, die es unter Druck setzen, umgeht. Bitte geben Sie an, wie zutreffend folgende Aussagen für dieses Kind sind!“ Dann wurde die erste Frage „Wenn dieses Kind unter Druck gerät und es ganz aufgeregt ist, dann... lenkt es sich ab“ und die möglichen Antwortoptionen (auf keinen Fall, eher nein, vielleicht, eher ja, auf jeden Fall, weiß ich nicht) vorgelesen. Die Antwortoptionen und der jeweils gleiche Satzbeginn (Wenn dieses Kind unter Druck gerät und es ganz aufgeregt ist, dann...) wurden nur bei Bedarf mehrfach vorgelesen.

Die Antwortoptionen wurden von 0 = „auf keinen Fall“ bis 4 = „auf jeden Fall“ codiert. Die Antwort „weiß nicht“ wurde in den folgenden Analysen nicht berücksichtigt.

Da jedes Item eine einzelne Stressverarbeitungsstrategie repräsentiert, wurde zunächst jedes Einzelitem für sich als ein Prädiktor der verschiedenen Skalen von Lebensqualität analysiert. Zudem wurden Items entsprechend der im SVF-KJ vorkommenden Kombination von Subtests zu Sekundärtests summiert. Es wurden also analog zum SVF-KJ die Summen „Emotionsregulierung“ (Items: 1+4), „Problemlösende Bewältigung“ (Items: 3+6+9) und „Ungünstige Stressverarbeitung“ (Items: 2+5+7+8) gebildet.

Beispielfrage mit Antwortoptionen:

Wenn dieses Kind unter Druck gerät und ganz aufgeregt ist, dann...

1. ...lenkt es sich ab

Auf keinen Fall <input type="checkbox"/> ₍₀₎	Eher nein <input type="checkbox"/> ₍₁₎	Vielleicht <input type="checkbox"/> ₍₂₎	Eher ja <input type="checkbox"/> ₍₃₎	Auf jeden Fall <input type="checkbox"/> ₍₄₎	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/> ₍₈₈₎
--	--	---	--	---	--

3.3.4 ABHÄNGIGE VARIABLE LEBENSQUALITÄT GEMESSEN MIT KINDL^R

Der Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen wurde ursprünglich 1994 von Bullinger entwickelt und 1998 von Ravens-Sieberer und Bullinger revidiert. Der KINDL^R kann krankheitsübergreifend, und sowohl bei kranken als auch gesunden Kindern und Jugendlichen angewendet werden (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

Der Fragebogen beinhaltet 24 Fragen und kann sowohl als Selbstbeurteilung (vom Kind selbst) als auch als Fremdbbericht (von einem Elternteil) ausgefüllt werden. Der KINDL^R-Fragebogen liegt für unterschiedliche Alters- und Entwicklungsstufen vor: 4-7 Jahre, 8-11 Jahre, 12-16 Jahre sowie für eine Fremdbbeurteilung durch die Eltern für kleine Kinder (4-7 Jahre) und für Kinder und Jugendliche (8-16 Jahre).

Das zusätzlich existierende „Erkrankungs-Modul“ des Fragebogens kann bei längerer Krankheit des Kindes ausgefüllt werden und bezieht sich auf die Lebensqualität in Bezug auf die Krankheit. Diese krankheitsspezifischen Module bestehen für die Erkrankungen Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Krebserkrankungen, Diabetes, Spina-Bifida und Epilepsie.

Die Bögen enthalten jeweils Fragenkomplexe zu den Dimensionen *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert*, *Familie*, *Freunde* und *Funktionsfähigkeit im Alltag* (Schule/Vorschule/Kindergarten). Die Antworten sind Likert-skaliert mit den Antwortoptionen *nie*, *selten*, *manchmal*, *oft* und *immer*. Die Dimensionen können zu einem Total-Score (Gesamtwert) zusammengefasst werden.

Das Instrument KINDL^R wurde in verschiedenen Studien an über 5.000 gesunden und kranken Kindern sowie deren Eltern im Verlauf von bis zu 3 Jahren eingesetzt und geprüft.

So liegen Referenzwerte aus einer großen Stichprobe von Schulkindern sowie aus einer Stichprobe chronisch kranker Kinder vor.

Bei der Mehrzahl der Stichproben ergab sich eine hohe Reliabilität (Cronbach's $\alpha \geq .70$) und befriedigende konvergente Validitäten. Der kurze, methodisch einfache und flexible Fragebogen hat eine hohe Akzeptanz bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

In der vorliegenden Studie wurden die von ihrem psychisch kranken Elternteil ausgewählten und in Fremdbbeurteilung bewerteten Kinder in zwei Alters-/ Entwicklungsgruppen eingeteilt: Kinder im Alter von 3 bis 6 oder 7 Jahren, die noch nicht in die Schule gehen, und Kinder bzw. Jugendliche vom Schuleintritt bis zum Alter von 18 Jahren.

Bei jüngeren Kindern wurden die Probanden mit der Elternversion für den Altersbereich 4 bis 7 Jahre „*Kiddy-KINDL^R für Eltern*“ (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) befragt. Für die Beurteilung von Schulkindern wurde die zur Fremdbbeurteilung älterer Kinder vorgesehene Fragebogenversion „*Kid & Kiddo-KINDL^R für Eltern*“ (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) herangezogen.

Eine Subskala zur Beurteilung von Kindern zwischen 4 und 7 Jahren, welche als Interview vergeben wird, wurde jeweils an den KINDL-Fragebogen angeschlossen, da die enthaltenen Items für den

Studienzweck sehr passend erschienen. Bei der Fragebogenversion für ältere Kinder wurden die Items, die sich auf die Schule beziehen, auf den Arbeitsplatz erweitert. Beispiel: „...hat mein Kind die Aufgaben in der Schule/ an der Arbeitsstelle gut geschafft“.

Vor der Auswertung werden die Rohwerte der Skalen in Werte von 0-100 transformiert, wobei die Null die niedrigste und 100 die höchste Lebensqualität angibt.

Beispiel einer Frage über das körperliche Wohlbefinden des Kindes:

In der letzten Woche...

1. ...hat sich mein Kind krank gefühlt

Nie <input type="checkbox"/> (0)	Selten <input type="checkbox"/> (1)	Manchmal <input type="checkbox"/> (2)	Oft <input type="checkbox"/> (3)	Immer <input type="checkbox"/> (4)
-------------------------------------	--	--	-------------------------------------	---------------------------------------

3.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv und explorativ mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 13.0.

Die Qualität der Anpassung, die über die Skalen des KINDL^R operationalisiert wurde (siehe 3.3.4), wurde als intervallskaliert aufgefasst. Die Skalenwerte können auf eine Skala von 0-100 transformiert werden. Um den Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und subjektiven Einflussfaktoren und der Lebensqualität der Kinder zu prüfen, wurden diese auf 100 transformierten Skalenwerte benutzt.

Wurden die Probanden zum Vergleich in zwei Gruppen eingeteilt, wurde der Zusammenhang der Faktoren mit der Lebensqualität mittels T-Test für unabhängige Stichproben getestet.

Die Zusammenhänge zwischen potentiellen Einflussfaktoren und der kindlichen Lebensqualität wurden mit Hilfe von Korrelationsanalysen geprüft. Dabei kamen bei parametrischen Daten lineare Korrelationen nach Pearson oder Regressionsanalysen zur Anwendung, bei denen außer dem Steigungsmaß β auch der Korrelationskoeffizient ermittelt wird.

Eine Korrelationsanalyse nach Spearman wurde durchgeführt, wenn es sich bei dem zu prüfenden Einflussfaktor um kategoriale (nichtparametrische) Daten handelte.

Als Signifikanzgrenze wurde ein alpha von $p = .05$ festgelegt. Diese hat natürlich nur deskriptiven Charakter, weil auf eine Alphakorrektur aufgrund des multiplen Testens verzichtet wurde.

Um die Hypothesen zum Zusammenhang zu testen, wurden lineare Regressionen durchgeführt. Das Ausmaß der Anwendung bestimmter Stressverarbeitungsstrategien (siehe 3.3.3) wurde als intervallskaliert aufgefasst. Die Voraussagekraft der einzelnen Stressverarbeitungsstrategien wurde als Prädiktor der einzelnen Skalen des KINDL^R (jeweils einzeln als Kriterium) geprüft. Es wurde auf die Anwendung multipler Regressionen verzichtet, da hier zunächst die einzelnen bivariaten Zusammenhänge interessierten.

In den Tabellen werden nur die standardisierten Regressionskoeffizienten und ihre Signifikanz wiedergegeben.

4. ERGEBNISSE

4.1 DESKRIPTIVE ANGABEN ZU SOZIALEN UND DEMOGRAPHISCHEN MERKMALEN DER STICHPROBE

4.1.1 DEMOGRAPHIE DES BESCHRIEBENEN KINDES

Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Interviewteilnehmer

40 der Kinder (57,1%) wurden von ihren Müttern beschrieben, in 30 Fällen (42,9%) berichtete der Vater über sein Kind, davon in 2 Fällen (2,9%) der Stief-/ Adoptivvater.

Geschlecht und Alter des Kindes

Bei 37 (52,9%) der Kinder handelte es sich um Mädchen, 33 (47,1%) der beschriebenen Kinder waren Jungen.

Das jüngste Kind der Stichprobe war 2,9 und das älteste 18,6 Jahre alt. Das mittlere Alter betrug 11,03 Jahre (SD = 4,81), wobei der Altersunterschied zwischen Mädchen und Jungen nicht signifikant war ($t = -.305$; $df = 68$; $p = .761$).

Drei der in die Stichprobe aufgenommenen Kinder waren vor Kurzem volljährig geworden.

Alter des Kindes bei Ersterkrankung des Elternteils

Folgende Angaben wurden zum Alter des beschriebenen Kindes bei Ersterkrankung des Probanden gemacht (Tabelle 9).

Tabelle 9: Alter der Kinder bei Ersterkrankung

Alter des Kindes bei Erkrankung	Anzahl Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Erkrankung bis zum 2. Lebensjahr	26	37,2
Erkrankung nach dem 2. und vor dem 6. Lebensjahr	17	24,3
Erkrankung nach dem 6. und vor dem 12. Lebensjahr	15	21,4
Erkrankung nach dem 12. Lebensjahr	12	17,1

Der größte Anteil der beschriebenen Kinder war bei Ersterkrankung ihres Elternteils jünger als 2 Jahre. Ungefähr gleich viele Kinder waren zwischen 2 und 6 Jahre bzw. zwischen 6 und 12 Jahre alt. Ein kleinerer Anteil war älter als 12 Jahre nach Ausbrechen der elterlichen Erkrankung. Um rechnerisch vertretbare Fallzahlen zu erhalten, wurden die Kinder nach ihrem Alter bei Erkrankungsbeginn in zwei Gruppen eingeteilt: 43 Kinder (61,5%) waren unter 6 Jahren, 27 der Kinder (38,5%) waren über 6 Jahre.

Religionszugehörigkeit des Kindes

Die Eltern machten folgende Angaben über die Religionszugehörigkeit ihrer Kinder (Tabelle 10).

Tabelle 10: Religionszugehörigkeit der Kinder

Religionszugehörigkeit der Kinder	Anzahl Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Evangelisch	39	55,7
Römisch-katholisch	12	17,1
Muslimisch	6	8,6
Andere	4	5,7
Keine	9	12,9

Über die Hälfte der beschriebenen Kinder gehörten der evangelischen Religion an. Die zweitgrößte Gruppe an Kindern war römisch-katholisch, halb so viele gehörten dem muslimischen Glauben an. Andere Religionszugehörigkeiten waren evangelisch-freikirchlich und griechisch-orthodox. Einige Elternteile gaben an, dass ihr Kind keiner Religion angehört.

Migrantengeneration des Kindes

Zum Migrantenstatus des Kindes wurden folgende Angaben gemacht (Tabelle 11).

Tabelle 11: Migrantenstatus des Kindes

Migrantengeneration der Kinder	Anzahl Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Kein Migrationshintergrund	52	74,3
1. Generation (selbst migriert)	1	1,4
2. Generation (Eltern sind migriert)	17	24,3

Etwas mehr als die Hälfte der Kinder hatte keinen Migrationshintergrund. Nur ein Kind ist selbst migriert, bei einigen Kindern berichteten die Eltern, dass sie ausgewandert waren.

Behandlungsbedürftige Erkrankung des Kindes im letzten Jahr

Von den Probanden gaben 18 (25,7%) an, dass das beschriebene Kind in den letzten 12 Monaten behandlungsbedürftig erkrankt gewesen sei. Elf dieser Kinder (15,7%) waren rein körperlich erkrankt. Bei drei Kindern (4,3%) lag eine psychische Erkrankung vor, die eine Behandlung erforderlich gemacht hatte. In vier Fällen (5,7%) trat sowohl eine körperliche als auch eine psychische Erkrankung auf. Im Mittel gab es bei den Kindern 1,85 Erkrankungen (SD = 0,88; Min. = 1, Max. = 4) im Jahr vor der Befragung.

4.1.2 DEMOGRAPHIE UND KLINISCHE DATEN DER ERKRANKTEN ELTERN

Familienstand der Probanden

Der Familienstand der Interviewteilnehmer ist in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Familienstand der Probanden

Familienstand	Anzahl der Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Ledig	4	5,7
Verheiratet	49	70,0
Getrennt lebend	7	10,0
Geschieden	9	12,9
Mit Partner unverheiratet zusammen lebend	1	1,4

Der größte Teil der interviewten Eltern lebte in einer Ehe. Die anderen Interviewten teilten sich ungefähr gleichmäßig auf die Gruppen ledig, getrennt lebend und geschieden auf. Nur eine Person gab an, unverheiratet mit einem Partner zusammen zu leben. Für valide Rechnungen wurden die Probanden in die zwei Gruppen zusammen- oder getrenntlebend eingeteilt.

Schul- und Berufsabschluss und aktuelle berufliche Situation der Probanden

Nachfolgende Angaben machten die Befragten zu ihrem Schul- und Berufsabschluss sowie zu ihrer aktuellen beruflichen Situation (Tabelle 13).

Tabelle 13: Schul-/ Berufsabschluss und aktuelle berufliche Situation der Patienten

Schulabschluss	Anzahl Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Kein Schulabschluss	5	7,1
Hauptschulabschluss	24	34,3
Realschulabschluss	23	32,9
Fachabitur/Abitur/Hochschulreife	17	24,3
Sonstiges	1	1,4
Berufsabschluss	Anzahl Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Keine Berufsausbildung	16	22,9
Lehre/Ausbildung	45	64,3
Studium (FH/Uni)	9	12,9
Aktuelle berufliche Situation	Anzahl Personen	Prozent der Stichprobe (%)
Vollzeit berufstätig	20	28,6
Teilzeit berufstätig	10	14,3
Arbeitslos	14	20,0
Harzt IV/Sozialhilfe	1	1,4
Rentner/Pensionär	6	8,6
Hausfrau/Hausmann	12	17,1
Auszubildender/Lehrling	1	1,4
Sonstiges	6	8,6

Die größte Gruppe der Probanden gab an, einen Hauptschul- (24 Personen) oder Realschulabschluss (23 Personen), 17 Personen gaben an, ein Fachabitur/Abitur oder die Hochschulreife zu haben. Fünf der Probanden besaßen keinen Schulabschluss.

Weit mehr als die Hälfte der Befragten hatten eine abgeschlossene Ausbildung, neun Probanden ein abgeschlossenes Studium. Insgesamt hatten von den 70 Probanden 53 eine abgeschlossene Berufsausbildung, knapp ein Viertel (16 Personen) hatte keine Berufsausbildung beendet.

30 der 70 befragten Personen waren zur Zeit des Interviews Voll- oder Teilzeit berufstätig. Einige der Probanden waren zur Zeit der Datenerhebung arbeitslos oder gaben an, Hausfrau/-mann zu sein. Die sechs unter „Sonstiges“ registrierten Personen hatten einen Minijob, waren in Elternzeit (Erziehungsurlaub), Selbständigkeit oder berufsunfähig. Insgesamt wurden 43 der befragten Probanden der Gruppe als beruflich beschäftigt zugeordnet, 26 Personen der Gruppe als nicht beruflich beschäftigt.

Erkrankungsdauer und Anzahl vorheriger stationärer Behandlungen

14 Probanden (20,0%) berichteten, dass das Jahr des Interviews zugleich das Jahr der Ersterkrankung sei. 56 Teilnehmer (80,0%) waren bereits seit längerer Zeit erkrankt. Im Durchschnitt betrug die Zeitspanne zwischen dem Erstauftreten der Erkrankung und dem Zeitpunkt der Datenerhebung 8,2 Jahre (SD = 8,99; Min. = 0, Max. = 30 Jahre).

38 Probanden (54,3%) waren vor dem aktuellen Klinikaufenthalt noch nicht in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Anzahl der Voraufenthalte betrug im Durchschnitt 2,24 (SD = 4,50; Min. = 0, Max. = 27 stationäre psychiatrische Behandlungen).

4.1.3 DEMOGRAPHIE DER FAMILIEN

Familien – und Haushaltzusammensetzung

Die Teilnehmer der Studie hatten im Mittel 2,36 Kinder (SD = 1,00; Minimum = 1; Maximum = 5) jeden Alters. Im Haushalt des Befragten lebten durchschnittlich 1,73 minderjährige Kinder (SD = 0,9; Minimum = 0; Maximum = 4).

Im Durchschnitt lebten 1,07 weitere Erwachsene (SD = 0,86; Minimum = 0; Maximum = 4; Modalwert = 1) im Haushalt des Probanden. 13 Teilnehmer (18,6%) lebten allein – ohne einen weiteren Erwachsenen - mit ihren Kindern zusammen.

Haushaltseinkommen der Familie

Die Teilnehmer machten zu dem ihnen monatlich zur Verfügung stehenden Netto-Haushaltseinkommen (Lohn, Rente, u.a.) folgende, in Tabelle 14 aufgezeigte Angaben.

Tabelle 14: Netto-Haushaltseinkommen der Probanden

Netto-Haushaltseinkommen	Anzahl der Personen	Prozent der Stichprobe (%)
< 500€	3	4,3
500 – 1000€	11	15,7
1000 – 1500€	12	17,1
1500 – 2000€	14	20,0
2000 – 2500€	12	17,1
> 2500€	15	21,4

Den Teilnehmern standen durchschnittlich schätzungsweise 1.742,54 € (SD = 766,20 €) pro Monat an Nettoeinkommen zur Verfügung. Nur wenige Personen gaben an, ein Nettohaushaltseinkommen unter 500€ zu haben. Die anderen Personen verteilten sich zu ungefähr gleichen Teilen in die anderen Einkommensgruppen.

4.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN OBJEKTIVEN SCHUTZ-UND BELASTUNGSFAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit und Übersichtlichkeit sind Ergebnisse und Hypothesen (siehe 2.4) in Blöcken dargestellt. Die jeweiligen Ergebnisse sind bei gleicher statistischer Auswertung in einer Tabelle zusammengefasst.

4.2.1 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN DER KINDER UND IHRER LEBENSQUALITÄT

Alter der Kinder (Hypothese 1) und Religiosität des Kindes (Hypothese 4b)

Tabelle 15 stellt den Zusammenhang zwischen dem Alter und der Religionszugehörigkeit der beschriebenen Kinder mit ihrer Lebensqualität dar.

Tabelle 15: Zusammenhang der gemessenen Lebensqualität mit dem Alter und der Religionszugehörigkeit der Kinder

Alter der Kinder							
Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.035	1/67	-,428	,273	-,188	-1,567	.122
Körperliches Wohlbefinden	.063	1/67	-,861	,406	-,251	-2,123	.037
Psychisches Wohlbefinden	.013	1/67	-,429	,454	-,115	-,945	.348
Selbstwert	.022	1/67	-,452	,365	-,150	-1,240	.219
Familie	.018	1/66	-,430	,393	-,133	-1,093	.278
Freunde	.002	1/65	,103	,296	,043	,349	.728
Schule	.040	1/61	-,579	,361	-,201	-1,604	.114
Religiosität der Kinder							
Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	T	Signifikanz
Gesamtwert	.018	1/58	1,241	1,210	,133	1,026	.309
Körperliches Wohlbefinden	.000	1/58	-,035	1,839	-,022	-,019	.985
Psychisches Wohlbefinden	.039	1/58	3,024	1,965	,198	1,539	.129
Selbstwert	.006	1/58	,972	1,614	,079	,602	.549
Familie	.016	1/58	1,690	1,714	,128	,986	.328
Freunde	.021	1/57	1,400	1,279	,143	1,095	.278
Schule	.000	1/54	,164	1,599	,014	,103	.918

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)

*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade

B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert

t = T-Wert; Signifikanz = p-Wert

Das Alter des Kindes ist ein signifikanter Prädiktor für die Lebensqualitätsskala *Körperliches Wohlbefinden*. Das körperliche Wohlbefinden der Kinder verringert sich mit zunehmendem Alter. Die anderen KINDL^R-Skalen können nicht vom Alter des Kindes vorausgesagt werden.

Die Religiosität stellt keinen signifikanten Prädiktor für die von einem psychisch erkrankten Elternteil beurteilte KINDL^R-Lebensqualität dar. Somit wird Hypothese 4b zurückgewiesen.

Alter des Kindes bei Ersterkrankung des Elternteils (Hypothese 2), Geschlecht des Kindes (Hypothese 3), Religionszugehörigkeit (Hypothese 4a), Migrationshintergrund (Hypothese 5) und behandlungsbedürftige Erkrankung des Kindes im letzten Jahr (Hypothese 6)

Der Zusammenhang des Alters des Kindes bei Ersterkrankung des Elternteils, des Geschlechtes der Kinder, ihrer Religionszugehörigkeit, ihres Migrationshintergrundes und der Tatsache einer eigenen behandlungsbedürftigen Erkrankung im letzten Jahr mit der Lebensqualität der Kinder ist in der folgenden Tabelle (Tabelle 16) dargestellt.

Tabelle 16: Der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren der Kinder und ihrer Lebensqualität

Lebensqualität	Zeitpunkt der Ersterkrankung	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	In ersten 6 LJ	42	75,69	11,34	,722	1/67	.473
	Nach dem 6. LJ	27	73,73	10,40			
Körperliches Wohlbefinden	In ersten 6 LJ	42	80,06	18,12	,672	1/67	.504
	Nach dem 6. LJ	27	77,31	13,77			
Psychisches Wohlbefinden	In ersten 6 LJ	42	75,45	19,00	-,401	1/67	.689
	Nach dem 6. LJ	27	77,24	16,57			
Selbstwert	In ersten 6 LJ	42	68,70	15,37	-,014	1/67	.989
	Nach dem 6. LJ	27	68,75	13,36			
Familie	In ersten 6 LJ	42	81,40	14,31	1,874	1/66	.065
	Nach dem 6. LJ	26	74,28	16,61			
Freunde	In ersten 6 LJ	41	76,73	11,72	,430	1/65	.669
	Nach dem 6. LJ	26	75,48	11,31			
Schule	In ersten 6 LJ	37	71,45	13,46	,806	1/61	.423
	Nach dem 6. LJ	26	68,59	14,46			
Lebensqualität	Geschlecht	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	Mädchen	36	73,09	11,95	-1,468	1/67	.147
	Junge	33	76,93	9,52			
Körperliches Wohlbefinden	Mädchen	36	77,43	18,07	-,816	1/67	.418
	Junge	33	80,68	14,69			
Psychisches Wohlbefinden	Mädchen	36	72,57	18,62	-1,753	1/67	.084
	Junge	33	80,05	16,67			
Selbstwert	Mädchen	36	67,13	15,34	-,949	1/67	.346
	Junge	33	70,46	13,60			

Lebensqualität	Geschlecht	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Familie	Mädchen	36	76,39	16,98	-1,297	1/66	.199
	Junge	32	81,25	13,47			
Freunde	Mädchen	35	74,46	12,26	-1,333	1/65	.187
	Junge	32	78,19	10,44			
Schule	Mädchen	34	70,47	12,65	,120	1/61	.905
	Junge	29	70,04	15,34			
Lebensqualität	Religionszugehörigkeit	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	nein	9	72,52	9,45	-,703	1/67	.485
	ja	60	75,29	11,18			
Körperliches Wohlbefinden	nein	9	81,25	15,93	,439	1/67	.662
	ja	60	78,65	16,69			
Psychisches Wohlbefinden	nein	9	68,75	20,96	-1,331	1/67	.188
	ja	60	77,27	17,42			
Selbstwert	nein	9	67,36	10,73	-,299	1/67	.766
	ja	60	68,92	15,07			
Familie	nein	95	68,75	18,75	-2,114	1/66	.038
	ja	9	80,19	14,55			
Freunde	nein	9	74,31	8,53	-,541	1/65	.590
	ja	58	76,55	11,92			
Schule	nein	8	75,78	10,26	1,210	1/61	.231
	ja	55	69,47	14,18			
Lebensqualität	Migrationshintergrund	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	nein	52	74,31	11,17	-,816	1/67	.471
	ja	17	76,81	10,35			
Körperliches Wohlbefinden	nein	52	78,37	16,76	-,543	1/67	.589
	ja	17	80,88	16,01			
Psychisches Wohlbefinden	nein	52	73,76	17,55	-1,971	1/67	.053
	ja	17	83,46	17,81			
Selbstwert	nein	52	69,31	15,05	,589	1/67	.558
	ja	17	66,91	13,03			
Familie	nein	51	77,70	15,53	-,902	1/66	.370
	ja	17	81,62	15,54			
Freunde	nein	51	75,98	12,21	-,333	1/65	.740
	ja	16	77,08	9,13			
Schule	nein	49	70,58	13,22	,327	1/61	.745
	ja	14	69,20	16,35			

Lebensqualität	Erkrankung im letzten Jahr	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	nein	36	75,38	11,51	1,309	1/52	.196
	ja	18	71,21	9,98			
Körperliches Wohlbefinden	nein	36	80,73	16,46	1,122	1/52	.267
	ja	18	75,35	16,94			
Psychisches Wohlbefinden	nein	36	74,83	19,45	,289	1/52	.774
	ja	18	73,26	17,12			
Selbstwert	nein	36	69,79	15,85	1,307	1/52	.197
	ja	18	64,24	12,09			
Familie	nein	36	80,04	16,29	1,333	1/52	.188
	ja	18	73,96	14,74			
Freunde	nein	34	77,27	10,90	1,648	1/50	.106
	ja	18	71,53	13,76			
Schule	nein	32	69,92	15,10	,710	1/46	.481
	ja	16	66,93	10,51			

N = Anzahl der Probanden; SD = Standardabweichung; t = T-Wert; *df von Regression / Residuen; Signifikanz P = p-Wert

Der Zeitpunkt des Erstauftretens der psychischen Erkrankung des Elternteils steht mit keiner der Lebensqualitätsskalen in signifikantem Zusammenhang. Auch stellen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in der vom erkrankten Elternteil beschriebenen Lebensqualität dar. Zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sowie Kindern, die im letzten Jahr behandlungsbedürftig erkrankt waren, und solchen, die gesund waren, besteht bezüglich KINDL^R-Lebensqualität kein signifikanter Unterschied. Tendenzweise scheint allerdings für die Kinder mit Migrationshintergrund ein größeres psychisches Wohlbefinden zu gelten. Beim Einflussfaktor Religionszugehörigkeit zeigen sich signifikant geringere Werte für die auf *Familie* bezogene Lebensqualität bei Kindern, die keiner Religion angehören. Für die anderen KINDL^R-Skalen gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Religionszugehörigkeit.

4.2.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN DER ERKRANKTEN ELTERN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Geschlecht (Hypothese 7), Familienstand (Hypothese 8), Berufsabschluss (Hypothese 9b) und derzeitige berufliche Situation des erkrankten Elternteils (Hypothese 9c)

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht, Familienstand, Berufsabschluss und derzeitiger beruflicher Situation des erkrankten Elternteils und der Lebensqualität des beschriebenen Kindes ist Tabelle 17 zu entnehmen. Um rechnerisch verträgliche Gruppengrößen zu erhalten, wurden die Probanden jeweils in zwei Gruppen eingeteilt. Zum Beispiel „weiblich“ und „männlich“ oder „allein lebend“ und „zusammen lebend“.

Tabelle 17: Zusammenhang soziodemographischer Daten des erkrankten Elternteils mit der Lebensqualität der Kinder

Lebensqualität	Geschlecht	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	weiblich	40	72,52	11,18	-2,205	1/67	.031
	männlich	29	78,25	9,86			
Körperliches Wohlbefinden	weiblich	40	75,16	17,65	-2,337	1/67	.022
	männlich	29	84,27	13,32			
Psychisches Wohlbefinden	weiblich	40	71,67	18,39	-2,525	1/67	.014
	männlich	29	82,33	15,68			
Selbstwert	weiblich	40	67,50	15,42	-,818	1/67	.416
	männlich	29	70,40	13,26			
Familie	weiblich	39	76,28	15,52	-1,490	1/66	.141
	männlich	29	81,90	15,16			
Freunde	weiblich	39	74,89	12,32	-1,138	1/65	.259
	männlich	28	78,13	10,14			
Schule	weiblich	37	69,48	14,06	-,537	1/61	.593
	männlich	26	71,39	13,71			
Lebensqualität	Familienstand	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	allein lebend	20	73,42	12,53	-,725	1/67	.471
	zusammen lebend	49	75,54	10,31			
Körperliches Wohlbefinden	allein lebend	20	76,25	19,09	-,878	1/67	.383
	zusammen lebend	49	80,10	15,40			
Psychisches Wohlbefinden	allein lebend	20	71,56	17,85	-1,362	1/67	.178
	zusammen lebend	49	78,02	17,88			

Lebensqualität	Familienstand	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Selbstwert	allein lebend	20	66,56	15,61	-,786	1/67	.434
	zusammen lebend	49	69,60	14,12			
Familie	allein lebend	20	74,38	16,08	-1,490	1/66	.141
	zusammen lebend	48	80,47	15,07			
Freunde	allein lebend	20	79,06	15,35	1,317	1/65	.192
	zusammen lebend	47	75,04	9,34			
Schule	allein lebend	20	72,60	14,28	,911	1/61	.366
	zusammen lebend	43	69,19	13,67			
Lebensqualität	Berufsausbildung	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	nein	16	72,12	13,10	-1,179	1/67	.243
	ja	53	75,78	10,20			
Körperliches Wohlbefinden	nein	16	78,13	19,50	-,236	1/67	.814
	ja	53	79,25	15,69			
Psychisches Wohlbefinden	nein	16	74,22	21,64	-,487	1/67	.628
	ja	53	76,73	16,82			
Selbstwert	nein	16	63,67	15,00	-1,605	1/67	.113
	ja	53	70,24	14,16			
Familie	nein	16	73,83	18,99	-1,442	1/66	.154
	ja	52	80,17	14,15			
Freunde	nein	14	72,77	14,21	-1,279	1/65	.206
	ja	53	77,16	10,63			
Schule	nein	13	70,19	11,17	-,023	1/61	.982
	ja	50	70,29	14,55			
Lebensqualität	Beruflich beschäftigt	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	ja	43	76,30	11,29	1,353	1/67	.180
	nein	26	72,64	10,17			
Körperliches Wohlbefinden	ja	43	79,51	14,96	,335	1/67	.739
	nein	26	78,13	19,06			
Psychisches Wohlbefinden	ja	43	79,02	16,93	1,732	1/67	.088
	nein	26	71,39	18,97			
Selbstwert	ja	43	70,88	14,01	1,609	1/67	.112
	nein	26	65,14	14,91			
Familie	ja	42	78,42	16,80	-,170	1/66	.865
	nein	26	79,09	13,46			
Freunde	ja	41	77,79	11,03	1,397	1/65	.167
	nein	26	73,80	11,99			
Schule	ja	39	71,85	14,13	1,156	1/61	.252
	nein	24	67,71	13,25			

N = Anzahl der Probanden; SD = Standardabweichung; t = T-Wert; *df von Regression / Residuen; Signifikanz P = p-Wert

Das Geschlecht des erkrankten Elternteils steht in signifikantem Zusammenhang mit dem *Gesamtwert* der Lebensqualität der Kinder sowie mit den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Psychisches Wohlbefinden*. Die Mittelwerte zeigen, dass die Lebensqualität bei den Kindern höher ist, deren Vater psychisch erkrankt ist. Dagegen stellt der Familienstand des erkrankten Elternteils keinen signifikanten Prädiktor der Lebensqualität der Kinder dar. Auch die Tatsachen, ob die erkrankten Eltern eine Berufsausbildung abgeschlossen haben oder nicht sowie ihre derzeitige berufliche Situation stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder.

Höhe des Schulabschlusses des erkrankten Elternteils (Hypothese 9a)

Der Zusammenhang zwischen der Höhe des Schulabschlusses des erkrankten Elternteils und der Lebensqualität des Kindes ist in folgender Tabelle (Tabelle 18) dargestellt.

Tabelle 18: Zusammenhang des Schulabschlusses des Elternteils mit der Lebensqualität

Lebensqualität	Korrelationskoeffizient r von Lebensqualität und Höhe des Schulabschlusses
Gesamtwert	-.027
Körperliches Wohlbefinden	-.004
Psychisches Wohlbefinden	-.101
Selbstwert	-.067
Familie	.087
Freunde	-.109
Schule	-.029

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Höhe des Schulabschlusses der befragten Elternteile und der Lebensqualität der Kinder. Es zeigt sich jedoch ein tendenziell negativer Zusammenhang mit der Lebensqualität.

Überlastung in der Elternrolle (Hypothese 10)

Der Zusammenhang zwischen der von den Eltern empfundenen Überlastung in ihrer Rolle als Elternteil und der Lebensqualität ihrer Kinder ist in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 19) in Form einer Regressionsanalyse dargestellt.

Tabelle 19: Einfluss des Überlastungsgefühls der Eltern auf die Lebensqualität der Kinder

Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.085	1/67	-3,447	1,379	-,292	-2,499	.015
Körperliches Wohlbefinden	.049	1/67	-3,943	2,119	-,222	-1,861	.067
Psychisches Wohlbefinden	.058	1/67	-4,676	2,298	-2,41	-2,035	.046
Selbstwert	.009	1/67	-1,516	1,903	-,097	-,797	.428
Familie	.123	1/66	-5,863	1,927	-,351	-3,042	.003
Freunde	.024	1/65	-1,901	1,518	-,153	-1,252	.215
Schule	.033	1/61	-2,713	1,879	-,182	-1,444	.154

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)
 *df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade
 B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert
 t = T-Wert; Signifikanz P = p-Wert

Das Überlastungsgefühl der Probanden in der Elternrolle steht in dieser Studie in signifikant negativem Zusammenhang mit mehreren Skalen der Lebensqualität: Je mehr sich ein Patient in seiner Elternrolle überlastet fühlt, desto geringer beschreibt er die Lebensqualität seines Kindes auf den Skalen KINDL^R-Gesamtwert, Psychisches Wohlbefinden und Familie.

4.2.3 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KLINISCHEN VARIABLEN DER ERKRANKTEN ELTERNTEILE UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Psychiatrische Diagnose (Hypothese 11) und Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte des Elternteils (Hypothese 12)

In der folgenden Tabelle (Tabelle 20) ist der Zusammenhang zwischen der Art der psychiatrischen Diagnose sowie der Anzahl vorheriger stationärer Krankenhausaufenthalte des Interviewten mit der Lebensqualität der Kinder dargestellt.

Die beiden größten Störungsgruppen der Stichprobe wurden hinsichtlich der Lebensqualität ihrer Kinder verglichen: Die psychiatrischen Diagnosen im Bereich Affektive Störungen (F30-39) wurden - bezogen auf die Lebensqualität der Kinder - mit dem Störungsbereich Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-49) verglichen.

Tabelle 20: Zusammenhang klinischer Variablen mit der Lebensqualität der Kinder

Lebensqualität	Diagnose	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	F30-39	27	73,46	11,81	-1,818	1/35	.078
	F40-49	10	80,60	5,99			
Körperliches Wohlbefinden	F30-39	27	77,55	16,29	-1,451	1/35	.156
	F40-49	10	85,63	10,64			
Psychisches Wohlbefinden	F30-39	27	73,38	18,31	-2,212	1/33	.034
	F40-49	10	83,13	8,36			
Selbstwert	F30-39	27	67,52	17,13	-1,392	1/24	.177
	F40-49	10	74,38	11,58			
Familie	F30-39	27	78,01	14,85	-1,293	1/35	.204
	F40-49	10	85,00	13,88			
Freunde	F30-39	26	75,72	12,03	-1,524	1/20	.143
	F40-49	9	81,25	8,27			
Schule	F30-39	25	67,58	16,97	-2,193	1/25	.038
	F40-49	8	77,34	8,14			
Lebensqualität	Anzahl KH-aufenthalte	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	0	38	76,15	10,83	,158	1/63	.875
	2	27	75,74	9,27			
Körperliches Wohlbefinden	0	38	81,91	13,30	,762	1/63	.449
	2	27	79,17	15,60			

Lebensqualität	Anzahl KH-aufenthalte	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Psychisches Wohlbefinden	0	38	79,39	17,23	1,055	1/63	.295
	2	27	74,77	17,55			
Selbstwert	0	38	70,89	13,84	,188	1/63	.851
	2	27	70,29	10,51			
Familie	0	37	77,36	18,12	-,731	1/62	.468
	2	27	80,32	12,46			
Freunde	0	36	76,39	10,99	-,534	1/61	.595
	2	27	77,85	10,48			
Schule	0	34	71,14	12,97	,152	1/57	.880
	2	25	70,58	15,08			

N = Anzahl der Probanden; SD = Standardabweichung; t = T-Wert; *df von Regression / Residuen; Signifikanz P = p-Wert
F30-39 = Affektive Störungen; F40-49 = Störungsbereich Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Signifikante Unterschiede in der Lebensqualität der beiden Erkrankungsgruppen ergaben sich in den Bereichen *Psychisches Wohlbefinden* und *Schule*.

Die folgende Abbildung (Abbildung 1) zeigt, dass die Patienten mit einer affektiven Störung die Lebensqualität ihrer Kinder bezüglich der Skalen *Psychisches Wohlbefinden* und *Schule* signifikant geringer bewerten als Patienten mit einer Störung aus dem Bereich Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-49).

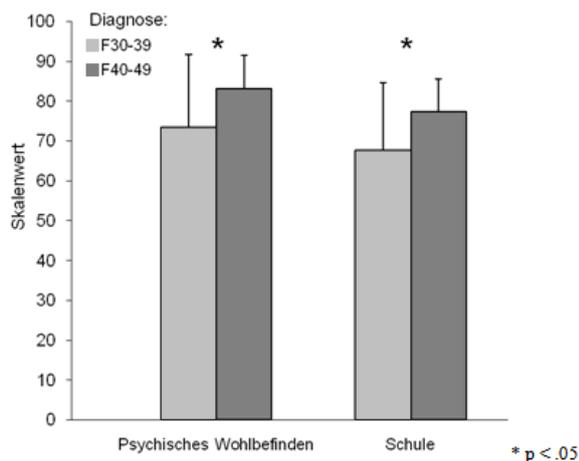


Abb. 1 : Unterschiede in Lebensqualität der Kinder zwischen Patienten mit affektiven Störungen (F30-39) und Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-49).

Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte des Probanden stellte sich nicht als Prädiktor der Lebensqualität der Kinder heraus. Hypothese 12 konnte nicht bestätigt werden.

4.2.4 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN FAMILIÄREN UND IN DER UMWELT LIEGENDEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Haushaltseinkommen (Hypothese 13)

In Tabelle 21 ist der Zusammenhang des Nettohaushaltseinkommens der betroffenen Familie mit der Lebensqualität der Kinder dargestellt.

Tabelle 21: Zusammenhang des Haushaltseinkommens und der Lebensqualität

Lebensqualität	Korrelationskoeffizient r von Lebensqualität und Nettohaushaltseinkommen
Gesamtwert	.204
Körperliches Wohlbefinden	.226
Psychisches Wohlbefinden	.157
Selbstwert	.165
Familie	.117
Freunde	.089
Schule	.119

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Es lässt sich kein signifikanter Zusammenhang des Haushaltseinkommens mit der Lebensqualität der Kinder nachweisen.

Tabuisierung der Erkrankung innerhalb und außerhalb der Familie (Hypothese 14)

Der Zusammenhang der Tabuisierung der Erkrankung und der Lebensqualität der Kinder ist in nachstehender Tabelle (Tabelle 22) dargestellt.

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen der Tabuisierung der Erkrankung und der Lebensqualität der Kinder

Tabuisierung innerhalb der Familie							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.000	1/67	,187	1,292	,018	,145	.685
Körperliches Wohlbefinden	.009	1/67	1,488	1,939	,093	,767	.445
Psychisches Wohlbefinden	.002	1/67	-,816	2,120	-,047	-,385	.702
Selbstwert	.000	1/67	,143	1,713	,010	,084	,934
Familie	.001	1/66	-,522	1,843	-,035	-,283	.778
Freunde	.001	1/65	,276	1,376	,025	,201	,841
Schule	.001	1/61	,389	1,711	,029	,227	.821
Tabuisierung außerhalb der Familie							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.002	1/67	-,533	1,399	-,046	-,381	.705
Körperliches Wohlbefinden	.001	1/67	-,554	2,109	-,032	-,263	.794
Psychisches Wohlbefinden	.005	1/67	1,362	2,293	,072	,594	.555
Selbstwert	.017	1/67	-1,997	1,841	-,131	-1,085	.282
Familie	.000	1/66	-,251	1,998	-,015	-,126	.900
Freunde	.006	1/65	-,950	1,487	-,079	-,639	.525
Schule	.001	1/61	-,499	1,854	-,034	-,269	.789

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)

*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade

B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert

t = T-Wert; Signifikanz P = p-Wert

Die Tabuisierung der Erkrankung stellt in der vorliegenden Studie keinen signifikanten Prädiktor der Lebensqualität der Kinder dar.

Anzahl der Geschwister (Hypothese 15)

Es wurde geprüft, ob die Anzahl der Geschwister des beschriebenen Kindes in Zusammenhang mit seiner Lebensqualität steht (vergl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Zusammenhang der Anzahl der Geschwistern und der Lebensqualität

Lebensqualität	Anzahl der Geschwister	N	Mittelwert	SD	t	df*	Signifikanz P
Gesamtwert	bis zu 2	46	76,14	10,35	1,313	1/67	.194
	ab 3 Geschwister	23	72,49	11,93			
Körperliches Wohlbefinden	bis zu 2	46	79,89	15,08	,642	1/67	.523
	ab 3 Geschwister	23	77,17	19,27			
Psychisches Wohlbefinden	bis zu 2	46	77,40	16,75	,817	1/67	.417
	ab 3 Geschwister	23	73,64	20,38			
Selbstwert	bis zu 2	46	71,20	13,10	2,050	1/67	.044
	ab 3 Geschwister	23	63,77	16,18			
Familie	bis zu 2	45	79,17	14,54	,362	1/66	.718
	ab 3 Geschwister	23	77,72	17,56			
Freunde	bis zu 2	46	77,31	11,29	1,126	1/65	.264
	ab 3 Geschwister	21	73,91	11,87			
Schule	bis zu 2	42	70,73	14,85	,373	1/61	.711
	ab 3 Geschwister	21	69,35	11,84			

N = Anzahl der Probanden; SD = Standardabweichung; t = T-Wert; *df von Regression / Residuen; Signifikanz P = p-Wert

Die Anzahl an Geschwisterkindern korrelierte signifikant mit der Lebensqualitätsdimension

Selbstwert: Kinder mit bis zu zwei Geschwistern haben eine höhere Lebensqualität im Bereich

Selbstwert als Kinder mit drei oder mehr Geschwistern.

4.3 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SUBJEKTIVEN SCHUTZ- UND BELASTUNGSFAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

4.3.1 GRAD DER DEPRESSIVITÄT (HYPOTHESE 16A)

Der Zusammenhang der Depressivität der Kinder mit ihrer Lebensqualität ist im Folgenden gezeigt (Tabelle 24).

Tabelle 24: Zusammenhang der Depressivität der Kinder mit ihrer Lebensqualität

Lebensqualität	Korrelationskoeffizient r Lebensqualität und CBCL/4-18 Syndromskala 3 (Depressivität/Ängstlichkeit)
Gesamtwert	-.610**
Körperliches Wohlbefinden	-.459**
Psychisches Wohlbefinden	-.659**
Selbstwert	-.427**
Familie	-.416**
Freunde	-.265*
Schule	-.365**

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

Der Grad der Depressivität der Kinder, gemessen mit der Syndromskala 3 der CBCL/ 4-18, korreliert signifikant negativ mit allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Depressivität der Kinder steht in einem hochsignifikant negativen Zusammenhang mit allen sechs Lebensqualitätsskalen und deren Summe.

4.3.2 DAS SELBSTWERTGEFÜHL (HYPOTHESE 16B) UND SELBSTKONZEPT (HYPOTHESE 16C) DER KINDER

Der Zusammenhang des Selbstwertgefühls und verschiedener Bereiche des Selbstkonzeptes der Kinder mit verschiedenen Skalen der Lebensqualität ist in nachstehender Tabelle (Tabelle 25) dargestellt.

Tabelle 25: Zusammenhang des Selbstwertgefühls und positiven Selbstkonzeptes mit der Lebensqualität

Selbstwertgefühl							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standard- fehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.273	1/36	2,491	,667	,523	3,680	.001
Körperliches Wohlbefinden	.073	1/36	1,942	1,152	,271	1,686	.100
Psychisches Wohlbefinden	.144	1/36	2,967	1,206	,379	2,459	.019
Selbstwert	.317	1/36	3,557	,870	,563	4,088	.000
Familie	.090	1/36	2,028	1,072	,301	1,891	.067
Freunde	.177	1/36	2,103	,756	,421	2,782	.009
Schule	.183	1/35	2,575	,920	,428	2,799	.008
Akademisches Selbstkonzept (bezogen auf Schule/ Kindergarten und Beruf)							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standard- fehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.115	1/44	1,637	,685	,339	2,389	.021
Körperliches Wohlbefinden	.002	1/44	,360	1,096	,050	,329	.744
Psychisches Wohlbefinden	.028	1/44	1,332	1,179	,168	1,130	.265
Selbstwert	.055	1/44	1,502	,939	,235	1,600	.117
Familie	.204	1/44	3,087	,920	,451	3,355	.002
Freunde	.007	1/44	,422	,761	,083	,554	.582
Schule	.296	1/43	3,321	,781	,544	4,252	.000

Fähigkeitsselbstkonzept							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standard- fehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.187	1/46	,938	,288	,433	3,256	.002
Körperliches Wohlbefinden	.049	1/46	,726	,469	,222	1,547	.129
Psychisches Wohlbefinden	.150	1/46	1,377	,484	,387	2,846	.007
Selbstwert	.174	1/46	1,200	,385	,418	3,118	.003
Familie	.121	1/46	1,069	,424	,348	2,522	.015
Freunde	.104	1/45	,734	,321	,323	2,287	.027
Schule	.109	1/43	,903	,394	,330	2,290	.027
Soziales Selbstkonzept							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standard- fehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.089	1/49	1,004	,477	,298	2,189	.033
Körperliches Wohlbefinden	.004	1/49	,320	,751	,061	,426	.672
Psychisches Wohlbefinden	.059	1/49	1,391	,796	,242	1,748	.087
Selbstwert	.047	1/49	1,004	,647	,217	1,553	.127
Familie	.257	1/49	2,510	,610	,507	4,117	.000
Freunde	.020	1/47	,523	,530	,143	,988	.328
Schule	.016	1/43	,566	,668	,128	,847	.402
Emotionales Selbstkonzept							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standard- fehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.092	1/51	1,524	,672	,303	2,269	.028
Körperliches Wohlbefinden	.013	1/51	,881	1,055	,116	,835	.407
Psychisches Wohlbefinden	.027	1/51	1,347	1,142	,163	1,180	.243
Selbstwert	.132	1/51	2,423	,871	,363	2,783	.008
Familie	.045	1/51	1,506	,976	,211	1,543	.129
Freunde	.087	1/50	1,559	,714	,295	2,185	.034
Schule	.062	1/47	1,586	,899	,249	1,765	.084

Physisches Selbstkonzept							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standard- fehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.216	1/37	1,552	,487	,464	3,190	.003
Körperliches Wohlbefinden	.132	1/37	1,831	,771	,364	2,374	.023
Psychisches Wohlbefinden	.125	1/37	1,937	,844	,353	2,296	.027
Selbstwert	.197	1/37	1,965	,653	,444	3,010	.005
Familie	.035	1/37	,891	,764	,188	1,166	.251
Freunde	.128	1/37	1,257	,538	,358	2,335	.025
Schule	.084	1/36	1,221	,674	,289	1,812	.078
Stabilität des Selbstkonzeptes							
Lebensqualität	R²	df*	B	Standard- fehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Gesamtwert	.097	1/57	2,614	1,055	,312	2,478	.016
Körperliches Wohlbefinden	.099	1/57	3,981	1,587	,315	2,508	.015
Psychisches Wohlbefinden	.125	1/57	4,871	1,705	,354	2,857	.006
Selbstwert	.036	1/57	2,110	1,445	,190	1,460	.150
Familie	.038	1/57	2,316	1,542	,195	1,502	.139
Freunde	.023	1/56	1,322	1,162	,150	1,137	.260
Schule	.017	1/53	1,365	1,443	,129	,946	.348

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)

*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade

B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert

t = T-Wert; Signifikanz P = p-Wert

Das Selbstwertgefühl der Kinder korreliert bis auf die Bereiche *Körperliches Wohlbefinden* und *Familie* in allen Bereichen signifikant positiv mit der Lebensqualität. Je stärker die Eltern den Items des Selbstwertgefühls ihrer Kinder zustimmten, desto höher wurde auch die Lebensqualität der Kinder eingestuft.

Erwartungsgemäß korreliert das Selbstwertgefühl stark mit der KINDL^R-Skala *Selbstwert* der Lebensqualität, da der Prädiktor ebenfalls die Zielvariable darstellt.

Auch Hypothese 16 c) kann bestätigt werden. Das Selbstkonzept der Kinder (in verschiedenen Bereichen gemessen) steht in signifikantem Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität. Das

akademische Selbstkonzept (bezogen auf Schule/ Kindergarten und Beruf) der Kinder korreliert signifikant positiv mit den Skalen *Gesamtwert*, *Familie* und *Schule*. Das Fähigkeitsselbstkonzept hängt außer mit dem *Körperlichen Wohlbefinden* signifikant mit allen Dimensionen der Lebensqualität der Kinder zusammen. Auch das emotionale und soziale Selbstbild sind Prädiktoren mehrerer Skalen ihrer Lebensqualität. Je besser die Eltern das Selbstkonzept der Kinder bewerteten, desto besser wurde auch ihre Lebensqualität angegeben. Das physische Selbstkonzept konnte als Prädiktor von fünf der sieben Lebensqualitätsbereiche identifiziert werden, nur nicht mit den Skalen *Familie* und *Schule*. Auch zeigen sich Zusammenhänge zwischen der Operationalisierung der Stabilität/ Integrität im Selbstbild der Kinder und ihrer Lebensqualität, wobei eine stärkere Zustimmung zu den Items mit einer besseren Lebensqualität assoziiert ist.

Alle Bereiche des Selbstkonzeptes korrelieren positiv mit dem KINDL^R-Gesamtwert.

4.3.3 DIE STRESSVERARBEITUNG (HYPOTHESE 17)

4.3.3.1 DER ZUSAMMENHANG STRESSREDUZIERENDER STRESSVERARBEITUNGSMECHANISMEN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER (HYPOTHESE 17A)

Hypothese 17 a) vermutete, dass bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil stressreduzierende Stressverarbeitung mit einer höheren Lebensqualität einhergeht. Die Ergebnisse der dafür durchgeführten linearen Regressionsanalysen sind in den folgenden zwei Tabellen (Tabelle 26 und Tabelle 27) zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 26: Zusammenhang stressreduzierender Stressbewältigungsstrategien mit der Lebensqualität – Ergebnisse der Regressionsanalyse

Prädiktor	Lebensqualität	R²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Subtest Ablenkung/ Erholung	Gesamtwert	.001	1/60	-,372	1,290	-,037	-,288	.774
	Körperliches Wohlbefinden	.005	1/60	1,057	1,941	,070	,544	.588
	Psychisches Wohlbefinden	.001	1/60	-,491	2,119	-,030	-,232	.818
	Selbstwert	.020	1/60	-1,894	1,695	-,143	-1,118	.268
	Familie	.001	1/60	-,409	1,828	-,029	-,224	.824
	Freunde	.003	1/58	-,592	1,376	-,056	-,431	.668
	Schule	.001	1/54	,451	1,719	,036	,262	.794
Prädiktor	Lebensqualität	R²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Subtest Bagatellisierung	Gesamtwert	.007	1/61	-,847	1,341	-,081	-,632	.530
	Körperliches Wohlbefinden	.002	1/61	-,654	2,025	-,041	-,323	.748
	Psychisches Wohlbefinden	.026	1/61	-2,787	2,180	-,162	-1,279	.206
	Selbstwert	.008	1/61	-1,226	1,777	-,088	-,690	.493
	Familie	.016	1/60	-1,872	1,906	-,126	-,982	.330
	Freunde	.001	1/59	-,293	1,435	-,027	-,204	.839
	Schule	.005	1/57	,937	1,755	,071	,534	.595
Prädiktor	Lebensqualität	R²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Sekundärtest Emotionsregulierende Bewältigung	Gesamtwert	.013	1/54	-,831	,995	-,113	-,835	.407
	Körperliches Wohlbefinden	.000	1/54	,142	1,509	,013	,094	.925
	Psychisches Wohlbefinden	.035	1/54	-2,252	1,616	-,186	-1,394	.169
	Selbstwert	.018	1/54	-1,298	1,316	-,133	-,986	.329
	Familie	.025	1/54	-1,655	1,401	-,159	-1,182	.242
	Freunde	.000	1/52	-,042	1,071	-,005	-,039	.969
	Schule	.001	1/50	,310	1,315	,033	,236	.815

Prädiktor	Lebensqualität	R²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Subtest Situationskontrolle	Gesamtwert	.111	1/64	3,992	1,412	,333	2,828	.006
	Körperliches Wohlbefinden	.014	1/64	2,144	2,240	,119	,957	.342
	Psychisches Wohlbefinden	.032	1/64	3,498	2,419	,178	1,446	.153
	Selbstwert	.044	1/64	3,335	1,941	,210	1,718	.091
	Familie	.266	1/63	8,745	1,831	,516	4,775	.000
	Freunde	.019	1/62	1,726	1,581	,137	1,091	.279
	Schule	.009	1/59	4,762	1,871	,315	2,545	.014
Prädiktor	Lebensqualität	R²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Subtest Positive Selbstinstruktion	Gesamtwert	.145	1/62	4,861	1,501	,380	3,238	.002
	Körperliches Wohlbefinden	.049	1/62	4,242	2,386	,220	1,778	.080
	Psychisches Wohlbefinden	.106	1/62	6,846	2,519	,326	2,717	.009
	Selbstwert	.122	1/62	5,910	2,017	,349	2,930	.005
	Familie	.121	1/61	6,283	2,173	,347	2,891	.005
	Freunde	.032	1/61	2,393	1,690	,178	1,416	.162
	Schule	.070	1/58	4,260	2,046	,264	2,082	.042
Prädiktor	Lebensqualität	R²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Subtest Soziales Unterstützungs- bedürfnis	Gesamtwert	.145	1/66	3,916	1,169	,381	3,349	.001
	Körperliches Wohlbefinden	.043	1/66	3,217	1,864	,208	1,726	.089
	Psychisches Wohlbefinden	.094	1/66	5,162	1,977	,306	2,611	.011
	Selbstwert	.174	1/66	5,676	1,524	,417	3,723	.000
	Familie	.087	1/65	4,293	1,724	,295	2,490	.015
	Freunde	.042	1/64	2,207	1,319	,205	1,673	.099
	Schule	.056	1/60	3,084	1,629	,237	1,893	.063

Prädiktor	Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	t	Signifikanz P
Sekundärtest Problemlösende Bewältigung	Gesamtwert	.221	1/60	2,286	,555	,470	4,122	.000
	Körperliches Wohlbefinden	.079	1/60	2,059	,909	,281	2,266	.027
	Psychisches Wohlbefinden	.109	1/60	2,643	,974	,331	2,714	.009
	Selbstwert	.162	1/60	2,599	,762	,403	3,408	.001
	Familie	.256	1/59	3,484	,774	,506	4,501	.000
	Freunde	.049	1/59	1,133	,648	,222	1,748	.086
	Schule	.131	1/56	2,228	,766	,362	2,908	.005

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)

*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade

B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert

t = T-Wert; Signifikanz P = p-Wert

Tabelle 27: Zusammenfassende Übersicht über die signifikanten Prädiktoren der stressreduzierenden Stressverarbeitungsstrategien aus Tabelle 26

Lebensqualität (KINDL ^R -Skalen)	Stressverarbeitungsstrategie													
	Ablenkung/ Erholung		Bagatelli- sierung		Emotionsregul- ierende Bewältigung		Situations- kontrolle		Positive Selbstinstrukti- on		Soziales Unterstütz- ungsbedürfnis		Problem- lösende Bewältigung	
	Beta	P	Beta	P	Beta	P	Beta	P	Beta	P	Beta	P	Beta	P
Gesamtwert	-,037	.774	-,081	.530	-,113	.407	,333	.006 ⁺⁺	,380	.002 ⁺⁺	,381	.001 ⁺⁺	,470	.000 ⁺⁺⁺
Körperliches Wohlbefinden	,070	.588	-,041	.748	,013	.925	,119	.342	,220	.080	,208	.089	,281	.027 ⁺⁺
Psychisches Wohlbefinden	-,030	.818	-,162	.206	-,186	.169	,178	.153	,326	.009 ⁺⁺	,306	.011 ⁺	,331	.009 ⁺⁺
Selbstwert	-,143	.268	-,088	.493	-,133	.329	,210	.091	,349	.005 ⁺⁺	,417	.000 ⁺⁺⁺	,403	.001 ⁺⁺⁺
Familie	-,029	.824	-,126	.330	-,159	.242	,516	.000 ⁺⁺⁺	,347	.005 ⁺⁺	,295	.015 ⁺⁺	,506	.000 ⁺⁺⁺
Freunde	-,056	.668	-,027	.839	-,005	.969	,137	.279	,178	.162	,205	.099	,222	.086
Schule	,036	.794	,071	.595	,236	.815	,315	.014 ⁺	,264	.042 ⁺	,237	.063	,362	.005 ⁺⁺

B= standardisierte Betagewichte; + = B > 0

P = Irrtumswahrscheinlichkeit; + p ≤ .05; ++ p ≤ .01; +++ p ≤ .001

weißer Hintergrund = Subtests ; grauer Hintergrund = Sekundärtests

Wie erwartet, zeigten sich bei einer signifikanten Voraussage von Lebensqualität durch Stressverarbeitung ausschließlich positive Zusammenhänge, wie die unstandardisierten Regressionskoeffizienten ($B > 0$) erkennen lassen. Somit bestätigte sich die Hypothese, dass ein größeres Ausmaß der Anwendung stressreduzierender Stressverarbeitungsstrategien mit einer höheren Lebensqualität einhergeht. Allerdings konnten nicht alle günstigen Stressverarbeitungsstrategien als Prädiktoren für gute Lebensqualität identifiziert werden: Die Subtests Ablenkung/Erholung und Bagatellisierung sowie der Sekundärtest Emotionsregulierende Bewältigung konnten keine einzige der KINDL^R-Skalen voraussagen und haben somit keinen Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder. Dagegen waren die Stressverarbeitungsstrategien Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktion und Soziales Unterstützungsbedürfnis sowie der Sekundärtest Problemlösende Bewältigung Prädiktoren für mehrere Skalen der Lebensqualität. Eine vermehrte Anwendung dieser Strategien geht mit einem höheren Wohlbefinden einher. Alle problemlösenden Bewältigungsstrategien korrelieren signifikant positiv mit dem *Gesamtwert* der Lebensqualität. Die Copingstrategie Situationskontrolle steht außerdem in signifikant positivem Zusammenhang mit den KINDL^R-Skalen *Familie* und *Schule* (bzw. je nach Alter: Arbeitsplatz/Kindergarten), Positive Selbstinstruktion auf *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert*, *Familie* und *Schule* und Soziales Unterstützungsbedürfnis auf *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert* und *Familie*. Die Problemlösende Bewältigung insgesamt konnte als Prädiktor aller Lebensqualitätsskalen bis auf den Bereich *Freunde* identifiziert werden.

Somit bestätigt sich Hypothese 17 a), die besagt, dass bei Kindern psychisch Erkrankter stressreduzierende Stressbewältigung mit einer höheren Lebensqualität einhergeht bei der Problemlösenden Bewältigung für alle Bereiche der Lebensqualität **außer dem Bereich *Freunde***. Für die Strategien Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktion und Soziales Unterstützungsbedürfnis (zum Sekundärtest Problemlösende Bewältigung gehörend) hat sich die Hypothese nur für einzelne Bereiche der Lebensqualität bestätigt. Für die Emotionsregulierende Bewältigung mit den Stressverarbeitungsstrategien Ablenkung/Erholung und Bagatellisierung wird Hypothese 17 a) zurückgewiesen.

4.3.3.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN STRESSVERMEHRENDEN
STRESSVERARBEITUNGSSTRATEGIEN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER
(HYPOTHESE 17B)

Die Hypothese 17 b) vermutete, dass bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil stressvermehrende Stressverarbeitung mit einer geringeren Lebensqualität einhergeht. Die Ergebnisse der dafür durchgeführten linearen Regressionsanalysen sind in den folgenden Tabellen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 28: Zusammenhang stressvermehrender Stressverarbeitungsstrategien und der Lebensqualität - Ergebnisse der Regressionsanalyse

Prädiktor	Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	T	Signifikanz
Subtest Passive Vermeidung	Gesamtwert	.016	1/66	-1,261	1,201	-,128	-1,050	.297
	Körperliches Wohlbefinden	.000	1/66	-,110	1,824	-,007	-,060	.952
	Psychisches Wohlbefinden	.034	1/66	-2,971	1,954	-,184	-1,520	.133
	Selbstwert	.019	1/66	-1,784	1,590	-,137	-1,122	.266
	Familie	.035	1/65	-2,591	1,697	-,186	-1,527	.132
	Freunde	.005	1/64	,746	1,287	,072	,580	.564
	Schule	.003	1/61	-,710	1,589	-,057	-,447	.657
Prädiktor	Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	T	Signifikanz
Subtest Gedankliche Weiterbeschäftigung	Gesamtwert	.103	1/65	-3,149	1,154	-,321	-2,728	.008
	Körperliches Wohlbefinden	.086	1/65	-4,332	1,756	-,293	-2,468	.016
	Psychisches Wohlbefinden	.068	1/65	-4,197	1,932	-,260	-2,172	.033
	Selbstwert	.144	1/65	-4,949	1,495	-,380	-3,311	.002
	Familie	.045	1/65	-2,940	1,687	-,211	-1,743	.086
	Freunde	.008	1/63	-,898	1,294	-,087	-,694	.490
	Schule	.017	1/59	-1,605	1,603	-,129	-1,001	.321

Prädiktor	Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	T	Signifikanz
Subtest Resignation	Gesamtwert	.058	1/65	-2,704	1,355	-,240	-1,996	.050
	Körperliches Wohlbefinden	.006	1/65	-1,279	2,097	-,075	-,610	.544
	Psychisches Wohlbefinden	.048	1/65	-4,026	2,236	-,218	-1,801	.076
	Selbstwert	.048	1/65	-3,275	1,805	-,220	-1,814	.074
	Familie	.044	1/64	-3,360	1,947	-,211	-1,726	.089
	Freunde	.022	1/64	-1,736	1,460	-,147	-1,189	.239
	Schule	.023	1/61	-2,153	1,800	-,151	-1,196	.236
Prädiktor	Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	T	Signifikanz
Subtest Aggression	Gesamtwert	.147	1/67	-3,617	1,065	-,383	-3,396	.001
	Körperliches Wohlbefinden	.082	1/67	-4,081	1,664	-,287	-2,452	.017
	Psychisches Wohlbefinden	.081	1/67	-4,424	1,815	-,285	-2,438	.017
	Selbstwert	.015	1/67	-1,551	1,517	-,124	-1,023	.310
	Familie	.138	1/66	-4,963	1,528	-,371	-3,249	.002
	Freunde	.023	1/65	-1,499	1,214	-,151	-1,234	.222
	Schule	.167	1/61	-4,870	1,394	-,408	-3,493	.001
Prädiktor	Lebensqualität	R ²	df*	B	Standardfehler von B	Beta	T	Signifikanz
Sekundärtest Ungünstige Stressverarbeitung	Gesamtwert	.188	1/62	-1,769	,467	-,434	-3,790	.000
	Körperliches Wohlbefinden	.067	1/62	-1,589	,754	-,259	-2,108	.039
	Psychisches Wohlbefinden	.143	1/62	-2,530	,787	-,378	-3,213	.002
	Selbstwert	.117	1/62	-1,847	,646	-,341	-2,861	.006
	Familie	.153	1/62	-2,262	,675	-,392	-3,352	.001
	Freunde	.021	1/61	-,627	,542	-,146	-1,156	.252
	Schule	.117	1/59	-1,765	,631	-,342	-2,800	.007

R²= Determinationskoeffizient= Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variablen (Kriterium)

*df von Regression / Residuen; df= Freiheitsgrade

B= Unstandardisierter Regressionskoeffizient; Beta= Standardisierter Regressionswert

T= T-Wert; Signifikanz = p-Wert

Tabelle 29: Zusammenfassende Übersicht über die signifikanten Prädiktoren der stressvermehrenden Stressverarbeitungsstrategien aus Tabelle 28

Lebensqualität (KINDL ^R -Skalen)	Stressverarbeitungsstrategie									
	Passive Vermeidung		Gedankliche Weiterbeschäftigung		Resignation		Aggression		Ungünstige Stressverarbeitung	
	Beta	P	Beta	P	Beta	P	Beta	P	Beta	P
Gesamtwert	-,128	.297	-,321	.008 ^{***}	-,240	.050 [*]	-,383	.001 ^{***}	-,434	.000 ^{***}
Körperliches Wohlbefinden	-,007	.952	-,293	.016 ^{**}	-,075	.544	-,287	.017 ^{**}	-,259	.039 ^{**}
Psychisches Wohlbefinden	-,184	.133	-,260	.033 ^{**}	-,218	.076	-,285	.017 ^{**}	-,378	.002 ^{**}
Selbstwert	-,137	.266	-,380	.002 ^{***}	-,220	.074	-,124	.310	-,341	.006 ^{**}
Familie	-,186	.132	-,211	.086	-,211	.089	-,371	.002 ^{***}	-,392	.001 ^{***}
Freunde	,072	.564	-,087	.490	-,147	.239	-,151	.222	-,146	.252
Schule	-,057	.657	-,129	.321	-,151	.236	-,408	.001 ^{***}	-,342	.007 ^{**}

B= standardisierte Betagewichte; - = B < 0

p = Irrtumswahrscheinlichkeit; * p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

weißer Hintergrund = Subtests ; grauer Hintergrund = Sekundärtests

Es zeigten sich für sämtliche signifikanten Prädiktoren negative Regressionskoeffizienten (B < 0), so dass sich die Vermutung bestätigt, dass ein größeres Ausmaß von stressvermehrenden Stressverarbeitungsstrategien mit einer geringeren Lebensqualität einhergeht. Allerdings waren nicht alle ungünstigen Copingstrategien Prädiktoren für die Lebensqualität und es konnte keine Stressverarbeitungsstrategie sämtliche mit dem KINDL^R erfassten Bereiche von Lebensqualität voraussagen. Der gesamte Sekundärtest Ungünstige Stressverarbeitung war der erfolgreichste Prädiktor und ist nur mit der auf *Freunde* bezogenen Lebensqualität nicht assoziiert. Dieser Bereich der Lebensqualität konnte von keiner der stressvermehrenden Strategien vorausgesagt werden. Die Bewältigungsstrategie Aggression ist zudem kein Prädiktor für den *Selbstwert* der Kinder. Gedankliche Weiterbeschäftigung ist neben der auf *Freunde* bezogenen Lebensqualität nicht mit der auf *Familie* und *Schule* (bzw. Arbeitsplatz/Kindergarten) bezogenen Lebensqualität assoziiert. Die Stressverarbeitungsstrategie Resignation korreliert lediglich mit dem *Gesamtwert* der Lebensqualität. Die Strategie der Passiven Vermeidung kann keinen der Bereiche von Lebensqualität voraussagen. Lebensqualität insgesamt (KINDL^R-*Gesamtwert*) wird außer von Passiver Vermeidung von allen ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien vorausgesagt.

Hypothese 17 b), die einen negativen Zusammenhang zwischen stressvermehrender Stressverarbeitung und der Lebensqualität vorhersagt, muss für die Strategie Passive Vermeidung zurückgewiesen werden.

Auch für die anderen stressvermehrenden (ungünstigen) Stressverarbeitungsstrategien bestätigt sich die Hypothese nur für einzelne Bereiche der gemessenen Lebensqualität.

Zusammengefasst (siehe Spalte Ungünstige Stressverarbeitung in Tabelle 29) sagen die ungünstigen Stressverarbeitungsmechanismen eine signifikant geringere Lebensqualität voraus – somit kann Hypothese 17 b) bestätigt werden.

5. DISKUSSION

5.1 ÜBERSICHT

Kinder psychisch erkrankter Eltern sind als stark belastete Angehörige in den letzten Jahren stärker in das Blickfeld der Öffentlichkeit, der psychiatrischen und psychosozialen Forschung (Lenz, 2005), von Jugendämtern, Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrien gerückt. Die psychische Belastung der Betroffenen durch die elterliche Erkrankung ist hoch und birgt das Risiko eigener psychischer Störungen und großer Einschränkungen ihrer Lebensqualität. In der Literatur sind zahlreiche Faktoren beschrieben, die sich auf das Wohlbefinden von Personen auswirken.

Ziel unserer Studie war es, direkte Zusammenhänge zwischen bestimmten Faktoren und der Lebensqualität von Kindern psychisch Kranker zu ermitteln, um zwischen sehr stark und weniger belasteten Kindern und Familien differenzieren zu können und diesen angemessene und gezielte Hilfe anbieten zu können. In der vorliegenden Arbeit wurde das Hauptaugenmerk auf den Zusammenhang zwischen der Stressbewältigung der Kinder und ihrer Lebensqualität gelegt. Zur Datenerhebung bot sich das persönliche Interview mit psychisch erkrankten Eltern an. Die Daten der 70 standardisierten Interviews konnten demographische, klinische und subjektive Prädiktoren der Lebensqualität von Kindern psychisch Kranker identifizieren. Es konnte ebenfalls nachgewiesen werden, dass stressbewältigende Strategien in entscheidendem Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder stehen.

Diese Ergebnisse sollen im Laufe des folgenden Kapitels diskutiert werden. Bezugnehmend auf bereits veröffentlichte Studien werden die einzelnen Ergebnisse der Studie in 5.2 abgehandelt. Entsprechend der Gliederung im vorangegangenen Ergebnisteil werden hier zunächst die Zusammenhänge zwischen demographischen und klinischen Variablen und der Lebensqualität diskutiert. Anschließend wird die Beziehung zwischen subjektiven Faktoren der Kinder, insbesondere der Stressverarbeitung, und ihrer Lebensqualität näher betrachtet. Hierbei wird auch auf Fehlermöglichkeiten und Einflüsse anderer Faktoren eingegangen. Einer dieser Faktoren ist, dass Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder oft anders bewerten, als die selbst.

Die Diskussion dieser Studie soll außerdem klären, in wie weit die angewandte Methodik zur Beantwortung der Fragestellung sinnvoll war.

In einer abschließenden Schlussfolgerung werden die Diskussionsergebnisse kurz zusammengefasst und es wird ein Ausblick auf evtl. notwendige weitere Studien gegeben.

5.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE IM BEZUG AUF ANDERE STUDIEN

5.2.1 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEMOGRAPHISCHEN DATEN DER KINDER UND IHRER LEBENSQUALITÄT

Zunächst sollen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen demographischen Daten der Kinder und ihrer Lebensqualität diskutiert werden. Die Hypothesen 1-6 umfassen das Alter des Kindes, das Alter bei Ersterkrankung des Elternteils, sein Geschlecht, Religionszugehörigkeit und Religiosität, den Migrationshintergrund und das Vorhandensein einer eigenen Erkrankung im letzten Jahr. Die Hypothesen zum Zusammenhang demographischer Daten der Kinder mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lassen sich in dieser Studie nur zu einem kleinen Teil bestätigen:

Zum Einen konnte ein negativer Zusammenhang des **Alters** der Kinder mit der Skala *Körperliches Wohlbefinden* dargestellt werden. Dieses Ergebnis bestätigen Vrijmoet-Wiersma et al. (2009) in ihrer Studie mit Kindern, die eine Stammzelltransplantation benötigen. Jüngere Kinder bewerten ihre Lebensqualität im Selbstbericht besser als ältere. Der negative Zusammenhang des Alters mit dem körperlichen Wohlbefinden ist gut nachvollziehbar: Ältere Kinder und Jugendliche nehmen ihren Körper mehr wahr und beschäftigen sich im Laufe ihrer Entwicklung zunehmend mit ihrem Aussehen. Für die anderen Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte das Alter der Kinder psychisch Kranker hier nicht als Prädiktor entlarvt werden. Der in dieser Studie dennoch nachgewiesene negative Zusammenhang zwischen dem Alter und der Lebensqualität der Kinder wird in einigen Studien mit erwachsenen Probandenkollektiven ebenfalls bestätigt (Chisholm et al., 2007; Djibuti & Shakarishvili, 2003; Nichols-Larsen et al., 2005; Papadopoulos et al., 2007; Pappa et al., 2009; Prause et al., 2005; Rebollo et al., 2000; Teuber et al., 2008). Andere Studien kommen zu einem gegenteiligen Ergebnis mit einer positiven Korrelation des Alters und der Lebensqualität von Personen (Chui et al., 2009; Gil et al., 2007; Schou et al., 2005; Wan et al., 1999). Auch Bastiaansen et al. (2005a) gelangen bei psychisch erkrankten Kindern zu dem Ergebnis, dass ältere Kinder mit einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung eine bessere Lebensqualität aufweisen als jüngere.

Ebenso bestätigt sich der günstige Zusammenhang zwischen einer **Religionszugehörigkeit** und der Lebensqualität durch eine positive Korrelation mit der Lebensqualitätsskala *Familie*. Für die Kinder, die einer Religion angehören, wurde eine bessere Lebensqualität im Bereich *Familie* angegeben. Diesen positiven Zusammenhang bestätigen Wan et al. (1999) in ihrer Studie mit an Krebs erkrankten Personen. Sie können einen positiven Einfluss des Faktors *Familie* auf den Gesamtwert der Lebensqualität nachweisen. Wenn ein Kind einer Religion angehört ist anzunehmen, dass auch seine Eltern und Geschwister dieses tun. Unter dem Aspekt der Gemeinsamkeit und Zusammengehörigkeit ist der Zusammenhang der Religionszugehörigkeit mit dem Wohlbefinden im Bereich *Familie* gut nachvollziehbar. Die **Religiosität** der Kinder konnte hingegen nicht als Prädiktor des Wohlbefindens

identifiziert werden. Im Gegensatz zu einer Religionszugehörigkeit steht die Religiosität der Kinder in dieser Arbeit nicht in Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität.

Der in anderen Studien beschriebene Zusammenhang der Variablen **Geschlecht** des Kindes und **Migrationshintergrund**, sowie das **Alter bei Ersterkrankung des Elternteils** und das **Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung des Kindes im letzten Jahr** mit der Lebensqualität konnte in der vorliegenden Arbeit nicht nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse sollten in weiteren Studien überprüft werden, da sie sich nicht als hypothesenkonform bestätigen ließen und somit im Widerspruch zu Ergebnissen der Literatur stehen. Diese Unterschiede könnten in der Tatsache begründet sein, dass die Stichprobe der vorliegenden Studie sehr selektiv ist und dass manche der Diagnosegruppen der Probanden nur sehr klein waren.

Insgesamt zeigt sich nur wenig Zusammenhang zwischen den im Kind liegenden objektiven Faktoren und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Signifikante Ergebnisse der unabhängigen Variablen Alter und Religionszugehörigkeit konnten nur für die Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Familie* erzielt werden. Für den *Gesamtwert* der Lebensqualität konnte keiner der soziodemographischen Faktoren des Kindes als Prädiktor identifiziert werden. Daher ist fraglich, ob die Ergebnisse ohne weitere Prüfungen verwendet werden können und wie groß der Zusammenhang dieser Faktoren mit der Lebensqualität tatsächlich ist.

5.2.2 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN DER ELTERN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Die Ergebnisse zu Hypothese 7-10 sollen in den nachfolgenden Abschnitten diskutiert werden. Auf den Zusammenhang mit der Lebensqualität wurden an elterlichen Daten überprüft: Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Berufsabschluss, derzeitige berufliche Situation und Überlastung in der Rolle als Elternteil.

Es bestätigt sich die Hypothese, dass das **Geschlecht** des erkrankten Elternteils in bedeutendem Zusammenhang mit der Lebensqualität der betroffenen Kinder steht. Die Kinder, bei denen der Vater erkrankt ist, haben ein besseres Wohlbefinden im Gesamtwert des KINDL^R sowie in den Bereichen *Psychisches Wohlbefinden* und *Körperliches Wohlbefinden*. Die Beeinträchtigung der kindlichen Lebensqualität ist geringer, wenn der Vater erkrankt ist. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass Väter einen geringeren Anteil an der Kindererziehung als Mütter und somit auch einen geringeren Einfluss auf die Lebensqualität ihrer Kinder haben. Dieses Ungleichgewicht kann bei Erkrankung des Vaters noch verstärkt sein – vor allem, wenn die gesunde Mutter den Großteil der Kindererziehung

übernimmt. Möglicherweise sind erkrankte Mütter eher selbst in der Verantwortung und stellen trotz psychischer Erkrankung und damit verbundener Beeinträchtigung erzieherischer Ressourcen die engste Bezugsperson der Kinder dar. In einer solchen Situation kann ein Kind sehr viel mehr unter der psychischen Erkrankung des Elternteils leiden. Darüber hinaus bewerten Ärzte in der Studie von Nicholson, Nason, Calabresi und Yando (1999) die Bedeutung der Kinder für Mütter als signifikant höher im Vergleich zu Vätern. Allerdings sind die Ergebnisse auch laut der Autoren mit Vorsicht zu betrachten, da die Beurteilung der Wichtigkeit der Kinder für ihre Eltern hier im Fremdbereich erfasst wurde und somit stark von den Erwartungen der beurteilenden Ärzte beeinflusst sein kann. Ein Großteil der Studien über psychisch kranke Eltern befasste sich in der Vergangenheit mit Zahlen und Erfahrungen von Müttern mit psychischen Störungen (Goodman & Brumley, 1990; Kauffman, Grunebaum, Cohler & Gamer, 1979; Nelson & Hammen, 2003; Herrle, Laucht, Esser & Schmidt, 1995; Nicholson, Sweeney & Geller, 1998). Elterlichen Erfahrungen von Vätern mit psychischen Störungen wurde nach Nicholson et al. (1999) nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Lansky, 1992; Apfel & Handel, 1993). Die Autoren können ebenfalls keine Schätzungen über die Anzahl an Männern mit psychiatrischer Diagnose finden, die in die Kindererziehung einbezogen sind. Auch da sich in der heutigen Zeit immer mehr Männer um die Kindererziehung kümmern und bedeutenden Einfluss auf ihre Kinder haben, sollte erkrankten Vätern die gleiche Aufmerksamkeit zukommen wie erkrankten Müttern (vgl. Nicholson et al., 1999). Nur so kann endgültig geklärt werden, ob Kinder bei väterlicher Erkrankung tatsächlich weniger belastet sind. Dieses Bild könnte sich in der Zukunft ändern, da Väter immer mehr die Verantwortung der Erziehung übernehmen oder zumindest gleichberechtigt daran teil haben. Eine Verzerrung des Ergebnisses, dass Kinder mit psychisch erkrankten Vätern eine bessere Lebensqualität aufweisen als Kinder mit erkrankten Müttern könnte in der vorliegenden Arbeit auch daraus resultieren, dass im Vergleich zu den Vätern ein größerer Teil der Mütter unter einer depressiven Störung litt oder schwerer erkrankt war. Es ist möglich, dass depressiv Erkrankte die Lebensqualität ihrer Kinder durch eine insgesamt negative Sicht der Dinge (Beck, 1967) schlechter beurteilten als Probanden mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Auf den Zusammenhang verschiedener Diagnosen der Eltern mit der Lebensqualität der Kinder wird im weiteren Verlauf der Diskussion eingegangen.

Bei den Variablen **Familienstand**, **Schulabschluss**, **Berufsabschluss** und der **derzeitigen beruflichen Situation** des erkrankten Elternteils lässt sich kein Zusammenhang mit der Lebensqualität nachweisen. In der Literatur ist mehrfach beschrieben, dass verheiratete oder mit dem Partner zusammenlebende Personen eine bessere Lebensqualität aufweisen als Personen, die getrennt, bzw. alleine leben (Chisholm et al., 2007; Chui et al., 2009; Papadopoulos et al., 2007; Pappa et al., 2009; Prause et al., 2005; Wan et al., 1999; Yost et al., 2008). Kvarme et al. (2009) führen eine Studie mit Schulkindern durch und gelangen zu dem Ergebnis, dass Kinder mit einem alleinerziehenden Elternteil eine schlechtere Lebensqualität aufweisen als diejenigen, die in einem Zweielternhaushalt leben. Diese Zusammenhänge können bei den Kindern der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

Um das subjektive Wohlbefinden der Kinder mit zusammen- oder getrenntlebenden Elternteilen genauer zu vergleichen, sollten die betroffenen Kinder selbst befragt werden. Die Befragung der Eltern ist immer auch sehr subjektiv und muss nicht genau widerspiegeln, was das Kind empfindet (Locker & Guyatt, 2004; Sawyer et al., 2003). Wie zu Beginn der Diskussion bereits beschrieben, bewerten Eltern die Lebensqualität oft anders als die Kinder selbst. Auch der Bildungsstand ist in der Literatur vielfach als positiver Prädiktor der Lebensqualität beschrieben (Apter et al., 1999; Gil et al., 2007; Djibuti & Shakarishvili, 2003; Nichols-Larsen et al., 2005; Papadopoulos et al., 2007; Pappa et al., 2009; Rebollo et al., 2000; Schou et al., 2005). Auch Gehrman und Sumargo (2009) und Mattejat (2009) sehen ein hohes Bildungsniveau der Eltern als Schutzfaktor von Kindern psychisch Erkrankter an. Ein Zusammenhang zwischen Bildungsstand oder beruflicher Situation der Eltern und der Lebensqualität der Kinder kann in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen werden.

Bastiaansen et al. (2005a) und Vrijmoet-Wiersma et al. (2009) kommen in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass das Stresslevel der Eltern im Kontext der Kindererziehung bedeutend negativen Einfluss auf die Lebensqualität ihrer Kinder hat. Ein verstärktes **Überlastungsgefühl** des Elternteils in der Elternrolle hängt auch in dieser Studie signifikant negativ mit dem *Gesamtwert*, dem *Psychischen Wohlbefinden* und der Lebensqualität im Bereich *Familie* zusammen. Somit bestätigt sich die Hypothese. Erkrankte Eltern, die mit der Kindererziehung überfordert sind und sich zu stark belastet fühlen, können ihren Kindern unter Umständen nicht die nötige Zuwendung und Unterstützung geben. Dadurch kann die Lebensqualität der Kinder eingeschränkt sein.

5.2.3 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KLINISCHEN VARIABLEN DER ELTERN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Der Zusammenhang zwischen der psychiatrischen Diagnose des erkrankten Elternteils und der Anzahl vorheriger stationärer Krankenhausaufenthalte mit der Lebensqualität der Kinder wurde mit den Hypothesen 11 und 12 getestet. Die Ergebnisse sollen im Folgenden diskutiert werden.

Die vorliegende Arbeit unterstreicht die Bedeutung der **psychiatrischen Diagnose** des Elternteils auf die Lebensqualität der Kinder und bestätigt Hypothese 11. Es wurden zwei Diagnosegruppen verglichen: Das Wohlbefinden der Kinder mit an affektiver Störung (F30-F39) erkranktem Elternteil wurde in den Bereichen *Psychisches Wohlbefinden* und *Schule* als signifikant schlechter angegeben als bei Eltern mit Diagnosen aus dem Störungsbereich Neurotische, Belastungs- & somatoforme Störungen (F40-49). Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Belastung der Kinder mit einem affektiv erkrankten Elternteil größer ist als bei Diagnosen aus dem Bereich F40-49. Zu den affektiven Störungen zählen unter anderem Depressionen und bipolare Störungen. Eine ständig

negative und traurige Stimmung des Vaters oder der Mutter, Antriebslosigkeit und Erschöpfung können sehr belastend für ein Kind sein. Es ist ebenfalls gut vorstellbar, dass ein Kind unter der wechselnden Gefühlslage durch Manie und Depression stark leidet und es das Gefühl hat, machtlos zu sein. Pollak et al. (2008) erlangen in ihrer Studie ähnliche Ergebnisse. Eltern mit einer affektiven Störung beurteilten die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder als signifikant schlechter als Eltern mit einer Abhängigkeitsdiagnose. Bei der Fremdbeurteilung der kindlichen Lebensqualität durch die Eltern muss wiederum bedacht werden, dass die subjektive Sichtweise der Eltern in die Bewertung einfließt. Wie bereits erwähnt, haben depressive Menschen ein sehr negatives Denken und bewerten die Lebensqualität ihrer Kinder dadurch unter Umständen schlechter, als die Kinder dies selbst tun würden. Aufgrund dieses Zusammenhangs könnte der Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen größer erscheinen, als er tatsächlich ist. Erneut muss die Bedeutung der Selbstbeurteilung durch die Kinder unterstrichen werden, um den Zusammenhang zwischen der Diagnose der Eltern und ihrer Lebensqualität zu verifizieren. Die Arbeiten von Richter (1992) und von Youngstrom, Loeber und Stouthamer-Loeber (2000) zeigen eine Korrelation der Schwere der depressiven Symptomatik der Eltern mit der kindlichen Auffälligkeit im Elternbericht. Die psychische Auffälligkeit der Kinder lässt sich auch in der Selbstbeurteilung und der Beurteilung der Lehrer nachweisen. Diese Zusammenhänge lassen sich auf die Lebensqualität der Kinder übertragen und verdeutlichen, dass die Diagnose des Elternteils bedeutenden Einfluss hat. Den Unterschied der Auswirkung verschiedener psychischer Erkrankungen auf die Kinder machen auch Nicholson et al. (1998) deutlich. Sie schreiben, dass der Sorgerechtsverlust mit der diagnostischen Gruppe variiert. Mütter mit psychotischen Störungen können das Sorgerecht weniger häufig behalten als affektiv erkrankte Mütter. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen die Hypothese, dass die Lebensqualität der Kinder von der Art der psychiatrischen Diagnose des Elternteils abhängt. Nicht berücksichtigt wurde dabei die Schwere der Erkrankung. Möglicherweise waren die affektiv erkrankten Studienteilnehmer schwerer betroffen als diejenigen mit einer F40-49 Diagnose, und das Ergebnis wurde zugunsten dieser Probanden verzerrt. Pollak et al. (2008) können in ihrer Studie allerdings im Gegensatz zur Art der Diagnose keinen Einfluss der Schwere der Erkrankung auf die Lebensqualität der Kinder feststellen.

In den Ergebnissen stellte sich heraus, dass die **Anzahl der Krankenhausaufenthalte** des Probanden nicht mit der Lebensqualität ihrer Kinder korrelierte. Hypothese 12 konnte also nicht bestätigt werden. López Blanco et al. (2005) und auch Moreno et al. (2007) berichten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Rückfälle und dem Wohlbefinden ihrer Probanden. Daher ist es denkbar, dass auch die Lebensqualität der Kinder leidet, deren Eltern mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung sind. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines Elternteils bedeutet fast immer eine räumliche Trennung von den Kindern. Diese können in den ersten Lebensjahren gar nicht verstehen, warum Mutter oder Vater plötzlich nicht mehr zuhause sind. Es können Gefühle wie Einsamkeit und Wut entstehen. Eine hohe Rückfallquote (Anzahl stationärer Behandlungen) hängt

auch mit einem hohen Schweregrad der Erkrankung zusammen. Ist die psychische Störung des Elternteils stark ausgeprägt, kann dies wiederum stärkere Folgen für die Entwicklung und Lebensqualität der Kinder haben. In der Literatur ist dieser Zusammenhang für die erkrankten Personen selbst nachgewiesen. Je höher der Schweregrad ihrer Erkrankung, desto schlechter ist ihre Lebensqualität (Apter et al., 1999; Ritsner et al., 2000; Yost et al., 2008). Pollak et al. (2008) können diesen Zusammenhang bei Kindern psychisch Erkrankter allerdings nicht nachweisen. Dass die Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte in der vorliegenden Arbeit keinen (negativen) Prädiktor der Lebensqualität darstellt könnte daran liegen, dass die betroffenen Kinder eine sichere Bindung zum gesunden Elternteil oder eine positive Beziehung zu einer anderen erwachsenen Bezugsperson haben (z.B. Großmutter, Tante). Diese Punkte bezeichnet Mattejat (2009; vgl. Lenz, 2005) als Schutzfaktoren der Kinder psychisch Kranker.

5.2.4 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN FAMILIÄREN UND UMWELTBEZOGENEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

Mit den Hypothesen 13-15 wurde der Zusammenhang von familiären Variablen und von Umweltfaktoren mit der Lebensqualität der Kinder psychisch Kranker überprüft. Diese Variablen umfassten das Nettohaushaltseinkommen der Familie, die Tabuisierung der psychischen Erkrankung und die Anzahl der Geschwister des betroffenen Kindes.

Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem **Haushaltseinkommen** der Familie des betroffenen Kindes und seiner Lebensqualität nachgewiesen werden. Somit wird Hypothese 13 zurückgewiesen. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu Studien mit anderen Probandenkollektiven. Apter et al. (1999), Chisholm et al. (2007) und Pappa et al. (2009) können das Einkommen als positiven Prädiktor der Lebensqualität identifizieren. Das Einkommen ist neben dem Bildungsstand einer Person und seiner beruflichen Situation (vgl. Laubach, Schumacher, Mundt & Brähler, 2000) ein wesentlicher Aspekt, der die Schichtzugehörigkeit einer Person mitbestimmt. Laubach et al. (2000) können einen deutlichen Gradienten bezüglich der Lebenszufriedenheit feststellen: Die Personen der unteren Schichten empfinden ihre Lebensqualität als deutlich geringer und berichten auch über mehr körperliche Beschwerden und einen schlechteren Gesundheitszustand. Auch Mattejat (2009) beschreibt ein hinreichendes Einkommen und einen guten sozioökonomischen Status als Schutzfaktor der Kinder.

Hypothese 14 konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Die **Tabuisierung** der Erkrankung in und außerhalb der Familie stand nicht in Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder psychisch Kranker. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu vorherigen Erkenntnissen: In der Literatur gilt die

Tabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung als entscheidender Risikofaktor für eigene Probleme und einen sozialen Rückzug der Kinder (Wagenblass, 2004). Auch Mattejat (2005) bezeichnet das Gefühl, mit niemandem über die Erkrankung reden zu dürfen, als eines der bedeutendsten Probleme der Kinder psychisch Kranker. Viele psychisch Erkrankte schämen sich für ihre Erkrankung und möchten nicht, dass diese in die Öffentlichkeit gelangt. Deshalb dürfen betroffene Kinder oft nicht über die familiären Probleme reden und sind mit ihren Sorgen allein. Es scheint von großer Bedeutung für eine gesunde Entwicklung zu sein, dass das Kind zumindest innerhalb der Familie oder mit einer anderen Vertrauensperson über die Erkrankung reden kann und es aufgeklärt wird (Lenz, 2005; Wagenblass, 2003; Werner, 2007).

Die **Anzahl an Geschwisterkindern** korrelierte lediglich signifikant mit der Lebensqualitätsdimension *Selbstwert*. Kinder mit zwei oder weniger Geschwistern haben eine höhere Lebensqualität in diesem Bereich als Kinder mit drei oder mehr Geschwistern. Auch für die persönliche Entwicklung des Kindes und sein Selbstvertrauen scheint es günstiger zu sein, wenn die Geschwisteranzahl nicht sehr hoch ist. Dies könnte daran liegen, dass die Aufmerksamkeit der Eltern für ihre Kinder aufgrund der psychiatrischen Diagnose und der stationären Behandlung ohnehin schon eingeschränkt ist. Die verbleibende Zeit ist bei vielen Geschwisterkindern unter Umständen nicht ausreichend, um sich um die persönlichen Belange jedes einzelnen zu kümmern. Der Einfluss der Geschwisterzahl auf die Entwicklung der Kinder psychisch Kranker ist in der Literatur nicht genau beschrieben. Als Risikofaktor für eigene psychische Erkrankungen gilt laut Mattejat (2009) aber ein geringer Wohnraum bei großen Familien. Als familiärer Schutzfaktor wiederum gilt eine positive Beziehung zu den Geschwistern. Diese Tatsache zeigt, dass nicht nur die Anzahl an Geschwistern, sondern auch die Beziehung untereinander entscheidend ist. Gerade wenn die Eltern sehr mit sich selbst und ihrer Krankheit beschäftigt sind, kann eine eventuelle Vernachlässigung durch ein gutes Geschwisterverhältnis ausgeglichen werden.

5.2.5 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SUBJEKTIVEN FAKTOREN UND DER LEBENSQUALITÄT DER KINDER

An subjektiven Faktoren wurden die Depressivität der Kinder, ihr Selbstwertgefühl, das Selbstkonzept und ihre Stressverarbeitungsstrategien auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität überprüft (Hypothesen 16 und 17). Die dazugehörigen Ergebnisse sollen in den folgenden Abschnitten diskutiert werden.

Die Ergebnisse zu Hypothese 16 a) erwiesen sich als hypothesenkonform: Der Grad der **Depressivität** der Kinder korrelierte signifikant negativ mit allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität. Die Depressivität der Kinder steht mit sechs der sieben Lebensqualitätsskalen sogar in einem hochsignifikant ($p \leq 0.01$) negativen Zusammenhang. Laut Franz (2004) sind die Zusammenhänge zwischen Depressivität und subjektiver Lebensqualität in verschiedenem Ausmaß über alle Studien hinweg und bei verschiedenen Probandenkollektiven vorhanden. Auch Karlsen et al. (1999) und Ritsner et al. (2000) ermitteln eine negative Korrelation zwischen der Depressivität ihrer Probanden und der Lebensqualität. Morgado et al. (1991) weisen sogar nach, dass Personen ihre Lebensqualität während einer depressiven Episode als bedeutend schlechter bewerten als nach Abklingen der depressiven Symptome. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass es bei dem Faktor Depressivität zu einer Vermischung von Einfluss- und Zielvariable kommt. Durch die negative Sicht der Umwelt als Hauptsymptom depressiver Erkrankungen (Beck, 1967) fällt die Bewertung des Wohlbefindens schlechter aus. Franz (2004) stellt dazu die Frage: „Ist Depression ein ‚Bias‘ oder eine Determinante von Lebensqualität (weil Lebensqualität nun einmal als Sichtweise des Individuums definiert ist und diese durch Depression zwangsläufig negativiert wird)?“. Wie weiter oben bereits diskutiert, bewerten depressiv erkrankte Personen ihre und auch die Lebensqualität ihrer Kinder schlechter als nicht depressive (Pollak et al., 2008). Bei allen bisher genannten Studien handelt es sich um Selbstbeurteilungen der Probanden oder den Zusammenhang der Depressivität des Interviewten mit der Lebensqualität seines Kindes. In der vorliegenden Studie beurteilten die Elternteile sowohl die Depressivität ihrer Kinder als auch die Lebensqualität. Bei der Fremdbeurteilung der Kinder durch die Eltern entfällt die direkte Verzerrung (Negativierung) des Ergebnisses durch die depressive Stimmung des Befragten. Es wurde der Zusammenhang zwischen kindlicher Depressivität und Lebensqualität getestet – es zeigte sich eine stark negative Korrelation. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass der Faktor Depressivität tatsächlich als beeinflussende Variable angesehen werden kann. Daraus kann geschlossen werden, dass dieser Zusammenhang in der Selbstbeurteilung bestätigt werden könnte.

Hypothese 16 b) konnte ebenfalls bestätigt werden: Das **Selbstwertgefühl** der Kinder steht in bedeutendem Zusammenhang mit ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Höhe des Selbstwertgefühls korrelierte in 5 von 7 KINDL^R-Skalen positiv mit dem Wohlbefinden. Dieses waren die Skalen *Gesamtwert*, *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert*, *Freunde* und *Schule*. Es konnte kein Zusammenhang mit den Bereichen *Körperliches Wohlbefinden* und *Familie* gezeigt werden. Die hochsignifikante Korrelation des Selbstwertgefühls mit dem *Gesamtwert* der Lebensqualität ($p = .001$) unterstreicht die Bedeutung des Zusammenhangs. In der Literatur ist ein positiver Einfluss des Selbstwertgefühls auf die Lebensqualität ebenfalls beschrieben. Ritsner et al. (2000) finden diesen Zusammenhang bei schizophren erkrankten Personen, Bastiaansen et al. (2005a) bei Kindern mit psychischen Störungen. Auch Moreno-Jiménez et al. (2007) identifizieren das Selbstwertgefühl als positiven Prädiktor des Wohlbefindens. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt es als ein Schutzfaktor der Kinder psychisch Kranker (Lenz, 2005; Mattejat, 2009). Dieser positive Zusammenhang des Selbstwertgefühls mit der Lebensqualität ist leicht nachvollziehbar: Je mehr ein Kind weiß, dass es wertvoll ist, desto weniger lässt es sich durch die belastende Situation mit einem

psychisch erkrankten Elternteil verstören. Einige Kinder empfinden Schuldgefühle oder fühlen sich vernachlässigt und allein gelassen (Wagenblass, 2004). Dadurch kann das Gefühl aufkommen, nicht geliebt und geschätzt zu sein. Diese negativen Empfindungen treten bei Kindern mit einem guten Selbstwertgefühl in den Hintergrund oder kommen möglicherweise weniger vor. Erwartungsgemäß ist die Korrelation zwischen dem Selbstwertgefühl und der KINDL^R-Skala *Selbstwert* hochsignifikant ($p = .000$). Es muss ein bedeutender Zusammenhang bestehen, da der Prädiktor gleichermaßen die Zielvariable darstellt. Die Skala *Selbstwert* kann aus diesem Grund nicht zur Bestätigung der Hypothese beitragen. Durch den signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und dem *Gesamtwert* sowie drei weiteren Bereichen des Wohlbefindens kann seine Bedeutung als Prädiktor der Lebensqualität dennoch unterstrichen werden.

Auch für das **Selbstkonzept** der Kinder konnte der hypothesierte positive Zusammenhang mit der Lebensqualität bestätigt werden. Alle Bereiche des Selbstkonzeptes korrelieren signifikant mit dem *Gesamtwert* des KINDL^R sowie weiteren Skalen des Wohlbefindens. Das Selbstkonzept wurde in den Bereichen Schule/ Kindergarten (akademisch), als Fähigkeits-, soziales, emotionales und physisches Selbstkonzept sowie der Stabilität des Selbstkonzeptes erfasst. Je besser die Eltern das Selbstkonzept ihrer Kinder beurteilten, desto besser fiel auch ihre Lebensqualität aus. Dieser Zusammenhang kann anhand der gleichen Punkte erklärt werden wie auch das Selbstwertgefühl der Kinder. Je besser das Selbstvertrauen und Selbstkonzept, desto weniger wirkt sich die Belastung durch einen psychisch erkrankten Elternteil auf die Lebensqualität aus. Kvarme et al. (2009) können bei gesunden Kindern einen positiven Zusammenhang des Selbstwirksamkeitsgefühls mit dem Wohlbefinden nachweisen. Sowohl ein gutes Selbstkonzept als auch ein gutes Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitsgefühl tragen zu einem guten Selbstwertgefühl bei. Aufgrund dieses Verhältnisses ist es gut nachvollziehbar, dass Hypothese 16 c) bestätigt werden konnte. Das Selbstkonzept einer Person umfasst eine große Anzahl an Einzelaspekten, auf die in der vorliegenden Arbeit nicht genauer eingegangen werden konnte. Die genauere Betrachtung des Selbstkonzeptes und seines Zusammenhanges mit der Lebensqualität von Kindern psychisch Kranker sollte Inhalt weiterer Studien sein.

Des Weiteren wurden günstige und ungünstige **Stressverarbeitungsmechanismen** bezüglich ihres Zusammenhanges mit der Lebensqualität der Kinder überprüft. Unter den **stressverringenden Copingmechanismen** haben sich die „Problemlösende Bewältigung“ sowie ihre Subtests „Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktion“ und „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ als positive Prädiktoren der Lebensqualität bestätigt. Mit der „Emotionsregulierenden Bewältigung“ und den dazugehörigen Subtests „Ablenkung/Erholung“ und „Bagatellisierung“ konnte kein Zusammenhang dargestellt werden. Hypothese 17 a) konnte somit nur zu einem Teil bestätigt werden.

Der positive Zusammenhang zwischen günstigen Stressverarbeitungsstrategien und der Lebensqualität von Kindern in belastenden Situationen ist in der Literatur oftmals beschrieben (siehe 2.3.3.3). In den meisten Fällen handelt es sich dabei um den Zusammenhang zwischen problemlösenden

Bewältigungsstrategien und der Lebensqualität der Kinder (Eschenbeck et al., 2006; Frare et al., 2002; Houtzager et al., 2005; Sawyer et al., 2003; Stam et al., 2006; Stauber et al., 2002; Zaag-Loonen et al., 2004). Stauber et al. (2002) identifizieren die Copingstrategien „Positive Selbstinstruktion“ und „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ als Prädiktoren, Sawyer et al. (2003) die kognitive Selbstinstruktion. Die Bewältigung durch soziales Unterstützungsbedürfnis korreliert in zwei Studien wiederum negativ mit der Lebensqualität (Sawyer et al., 2003; Sawyer et al., 2005). Der in der bisherigen Literatur bereits deutlich gewordene große Zusammenhang von problemorientiertem Coping mit der Höhe der Lebensqualität bestätigt sich in der vorliegenden Studie. Alle problemlösenden Bewältigungsstrategien der Kinder psychisch Erkrankter korrelieren signifikant mit mehreren Skalen ihres Wohlbefindens. Ritsner et al. (2000) kommen in ihrer Studie mit erwachsenen Probanden ebenfalls zu dem Ergebnis, dass problemorientiertes Coping positiv mit der Lebensqualität korreliert. Zur Emotionsregulierenden Stressverarbeitung zeigt sich sogar eine negative Korrelation. Petersen et al. (2006) erlangen für das Coping durch `emotional reaction´ ein ähnliches Ergebnis. In dieser Studie zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang der Emotionsregulierenden Bewältigung mit der Lebensqualität. Diese Tatsache steht im Einklang mit bisherigen Ergebnissen; in der Literatur ist diese als Prädiktor ebenfalls kaum beschrieben. Sawyer et al. (2003; 2005) ermitteln einen negativen Einfluss der Bewältigungsstrategie „strive to rest and be alone“. Diese Strategie könnte unter den Subtest Ablenkung/ Erholung fallen. Aufgrund vorheriger Ergebnisse und der vorliegenden Arbeit kann die Wirkung der Emotionsregulierenden Bewältigung und der zugehörigen Subtests als günstige Stressverarbeitungsstrategien (nach Hampel et al., 2001) nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse unterstreichen aber die Effektivität Problemlösender Bewältigung und zeigen mögliche Ansatzpunkte primär- und sekundärpräventiver Hilfen auf. Mit der Kenntnis des stark positiven Zusammenhanges problemlösender Bewältigungsstrategien mit der Lebensqualität könnten diese gezielt geschult und betroffenen Kindern im Rahmen eines „Coping skills trainings“ nahe gebracht werden. Grey et al. (1998) können in ihrer Studie mit an Diabetes TypI erkrankten Jugendlichen bereits zeigen, dass ein „Coping skills training“ den negativen Effekt der Erkrankung auf die empfundene Lebensqualität mindert.

Die **Ungünstige Stressverarbeitung** im Gesamten korreliert in der vorliegenden Arbeit mit 6 von 7 KINDL^R-Skalen (*Gesamtwert, Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie* und *Schule*) signifikant negativ. Ausschließlich mit dem Bereich *Freunde* besteht kein nachweisbarer Zusammenhang. Der Subtest „Passive Vermeidung“ steht allerdings nicht in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Kinder. Die Stressbewältigung durch „Resignation“ steht in negativem Zusammenhang mit dem *Gesamtwert* der Lebensqualität. Bei den anderen Subtests („Gedankliche Weiterbeschäftigung“ und „Aggression“) lässt sich ein Zusammenhang mit dem *Gesamtwert* der Lebensqualität sowie mehreren weiteren Skalen feststellen. Die „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ steht außerdem in negativem Zusammenhang mit den Skalen *Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden* und *Selbstwert*. „Aggression“ ist auch negativer Prädiktor

von *Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Familie und Schule*. Der negative Zusammenhang zwischen stressvermehrenden Bewältigungsstrategien und der Lebensqualität von Kindern wurde auch in vorherigen Studien festgestellt. Eschenbeck et al. (2006) finden eine negative Korrelation zwischen destruktiv-ärgerbezogener Bewältigung und dem Wohlbefinden unbelasteter Kinder. Diese Copingstrategie kann dem Subtest Aggression zugeordnet werden. Marsac et al. (2006) können vermeidende Bewältigung als negativen Prädiktor der Lebensqualität identifizieren. In weiteren Studien wird der ungünstige Einfluss der Stressverarbeitung durch gedankliche Weiterbeschäftigung bestätigt (Houtzager et al., 2005; Zaag-Loonen et al., 2004). Insgesamt zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien und der Lebensqualität von Kindern, der in der vorliegenden Studie auch für Kinder psychisch Erkrankter nachgewiesen wurde. Auch die stressvermehrende Bewältigung bietet demnach einen Ansatzpunkt, um besonders stark belasteten Kindern zu helfen. Durch das Beherrschen günstiger und das Vermeiden ungünstiger Verarbeitungsstrategien ist es unter Umständen möglich, den negativen Einfluss der Erkrankung des Elternteils auf die Lebensqualität zu reduzieren.

Man könnte aufgrund der signifikanten Zusammenhänge der Stressverarbeitung mit der Lebensqualität folgern, dass die Kinder, die günstige Copingmechanismen beherrschen und anwenden, resilienter (widerstandsfähiger) sind als die Anderen. Da man mit den erhobenen Daten keine Kausalität beweisen, sondern lediglich Zusammenhänge prüfen kann, weiß man letztendlich nicht, ob diese Folgerung tatsächlich zutrifft. Sawyer et al. (2005) beschreiben den in ihrer Studie erfassten negativen Zusammenhang zwischen ungünstigen Bewältigungsstrategien und der Lebensqualität dadurch, dass stärker im Wohlbefinden eingeschränkte Kinder diese Mechanismen stärker einsetzen müssen, um mit ihrer Situation zurecht zu kommen. Ob eine solche Verzerrung der Ergebnisse vorliegt, kann durch die Daten der vorliegenden Studie nicht gezeigt werden. Diese Fragestellung sollte Inhalt weiterer Studien sein.

Insgesamt zeichnet sich ab, dass subjektive Faktoren in einem wesentlich bedeutenderen Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder psychisch Kranker stehen als objektive Variablen. Diese Erkenntnis ist von großer Bedeutung und liefert einen wichtigen Ansatzpunkt für zukünftige Hilfeleistungen. Die Tatsache, dass die Lebensqualität entscheidend von Faktoren wie dem Selbstwertgefühl und Selbstkonzept der Kinder sowie ihrer Stressverarbeitung abhängt, bedeutet dass man versuchen kann, das Wohlbefinden durch diese Variablen zu modifizieren. Durch Stärkung des Selbstwertgefühls des Kindes als Prädiktor seiner Lebensqualität kann unter Umständen auch der negative Einfluss der Belastung vermindert und die Lebensqualität erhöht werden (vgl. Bastiaansen et al., 2005a).

Ziel der Studie ist es, Prädiktoren für das Wohlbefinden der Kinder psychisch Kranker zu identifizieren und somit Ansatzpunkte für Hilfsangebote für betroffene Familien zu erhalten. Ist es möglich, die Einflussfaktoren zu modifizieren, kann dadurch unter Umständen auch die Lebensqualität verbessert werden. Ein Eingreifen oder Verändern von mit der Lebensqualität in Zusammenhang stehenden Variablen ist vor allem bei den identifizierten subjektiven Faktoren der Kinder möglich. Beispiele sind, wie bereits erwähnt, die Stärkung des Selbstwertgefühls oder das Trainieren günstiger Stressverarbeitungsstrategien.

Kinder, bei denen protektive Faktoren nur schwach ausgeprägt sind, leiden stärker unter der Belastung und haben so auch ein schlechteres Wohlbefinden. Besonders diesen stark gefährdeten Kindern und Familien sollte Unterstützung zukommen. Diese könnte zum Beispiel im Rahmen von Patenschaften und Freizeit- oder Gesprächsangeboten stattfinden. Auch eine Beratung, Aufklärung und Informationsvermittlung der Kinder, Eltern und Familien kann hilfreich sein und zu einem besseren Verständnis der Situation beitragen. Eine bedeutende Initiative zur Unterstützung der Betroffenen ist „Ohne Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch Kranker“ (<http://www.netz-und-boden.de/>), gegründet von Katja Beeck. Dieses Projekt hat zum Ziel, die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern im deutschsprachigen Raum zu verbessern. Es soll unter anderem dazu beigetragen werden, betroffene Kinder zu entlasten, alle Zielgruppen über die Situation der Kinder und ihre Probleme zu informieren und präventiv ansetzende Unterstützungsangebote als Regelangebote zu etablieren. Um betroffenen Familien diese Hilfestellung leisten zu können, muss eine Kooperation zwischen der Jugendhilfe, dem Kinderschutzbund, Jugendämtern und Psychiatrien stattfinden (vgl. Lenz, 2005).

5.3 DISKUSSION DER METHODIK UND KONZEPTION DER STUDIE

Um zu erheben, in welchem Zusammenhang oben genannte Variablen mit der Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter stehen, bot sich an, psychiatrische Patienten, die Eltern minderjähriger Kinder sind, persönlich zu befragen.

Die Rückmeldequote einer schriftlichen Befragung wäre sicherlich wesentlich geringer ausgefallen als es bei dem für diese Studie gewählten persönlichen Interview der Fall war. Besonders psychisch stark eingeschränkte Patienten hätten nur in den seltensten Fällen an einer schriftlichen Befragung teilgenommen und wären so der Ergebnisauswertung unterrepräsentiert gewesen. Für die vorliegende Studie war es jedoch wichtig, diesen Selektionsbias so weit wie möglich zu reduzieren. Eine ähnliche Problematik hätte sich bei einer telefonischen Befragung ergeben. Hier wäre ein ausgeprägter Selektionsbias durch die bessere telefonische Erreichbarkeit psychisch weniger belasteter Personen

aufgetreten. Außerdem wäre die Möglichkeit, den Probanden zur konzentrierten Mitarbeit an einem so umfangreichen Interview zu motivieren, bei einem schriftlichen oder telefonischen Interview nur sehr bedingt gegeben gewesen.

Aufgrund des Zieles der Erreichung einer hohen Teilnahmequote sowie des großen Umfangs der Testhefte haben wir uns für die persönliche Befragung der Personen entschieden. Durch diese Kontaktaufnahme konnte eine hohe Teilnehmerquote der Patienten mit passenden Ein- und Ausschlusskriterien erreicht werden. Dass kein einziger Proband die Studie abgebrochen hat, bestätigt ebenfalls die Argumentation für dieses Studiendesign.

Es muss jedoch erwähnt werden, dass auch die persönliche Befragung der psychisch erkrankten Patienten einem Selektionsbias unterlegen war. Um an einem zweistündigen Interview teilzunehmen, mussten sich die Personen in einem gesundheitlichen Zustand befinden, der ihnen erlaubte, sich über lange Zeit zu konzentrieren. Personen, die sich für ihre Situation schämten, die Belastung ihrer Kinder bewusst nicht preisgeben wollten oder Angst vor unangenehmem Fragen und Stigmatisierung hatten, nahmen an unserer Studie ebenfalls nicht teil und entfielen somit für die Auswertung.

Die Studie kann nicht als repräsentativ gelten. Obwohl versucht wurde, alle Diagnosegruppen in die Fragebogenerhebung einzubeziehen, ergab sich eine Selektivität, da nur zwei Gruppen (Störungen der Gruppen F30-39 und F40-49) groß genug waren, um in ihrer Auswirkung auf die Lebensqualität der Kinder berechnet werden zu können. Die Aussagen aus der Stichprobe können nicht verallgemeinert werden, da aufgrund der zu geringen Gruppengrößen letztendlich nur diese zwei Störungsgruppen verglichen werden konnten.

Eine weitere Limitation der Studie besteht in der fehlenden Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Über die in dieser Arbeit erhaltenen Ergebnisse kann nicht ausgesagt werden, dass sie spezifisch für Kinder psychisch kranker Eltern sind. Die gleichen Zusammenhänge könnten auch in einer Stichprobe nicht belasteter Kinder bestehen. Trotzdem ergeben sich wichtige Erkenntnisse über Prädiktoren der Lebensqualität Betroffener sowie Hinweise, durch welche Maßnahmen die Lebensqualität der Kinder verbessert werden könnte.

Die Ergebnisse der Studie können – wie bei der Diskussion der Ergebnisse zur Stressverarbeitung bereits beschrieben – außerdem keine Kausalität beweisen. Es kann lediglich überprüft werden, wie der Zusammenhang der Faktoren mit der Lebensqualität ist.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Dadurch kann lediglich erfasst werden, wie der Zusammenhang zwischen verschiedenen Variablen und der Lebensqualität der Kinder zum Zeitpunkt der Befragung war. Um zu überprüfen, ob die Veränderung von Einflussfaktoren tatsächlich die Höhe der Lebensqualität ändert, müsste in einer Längsschnittuntersuchung überprüft werden. Nur bei mehreren Messzeitpunkten kann eine Veränderung gemessen werden.

Limitationen in der Rekrutierung der Probanden ergaben sich daraus, dass die Ein- und Ausschlusskriterien oft nicht vollständig erfüllt werden konnten. Zudem waren geeignete Personen nicht immer bereit, an der Befragung teilzunehmen, da sie nicht gewohnt waren, mit anderen Menschen über ihre Kinder zu sprechen und die Thematisierung der schwierigen Situation ihrer Kinder eher vermeiden. Einige Personen, die für die Studie geeignet waren, wollten an der Befragung nicht teilnehmen oder fühlten sich aufgrund starker Symptome im Zeitraum der Befragungen nicht dazu in der Lage.

Trotz genannter Einschränkungen stellt das persönliche Interview mit standardisierten Interviewbedingungen und vorgegebenem Antwortformat eine gute Methode dar, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen und der Lebensqualität betroffener Kinder zu ermitteln.

Ein standardisiertes Vorgehen bei der Befragung der Probanden dient dazu, mögliche Fehlerquellen wie z.B. die Beeinflussung der Probanden durch die Interviewerinnen zu verhindern. Nach Atteslander (1983) stellt der vorformulierte feststehende Fragebogen die Basis für ein „standardisiertes Einzelinterview“ dar. Durch das in dieser Studie verwendete standardisierte Interview mit vorgegebenem Fragen- und Antwortformat soll erreicht werden, dass jeder Versuchsleiter vergleichbare Ergebnisse erhält. So kann der Einfluss möglicher Störfaktoren ausgeschlossen werden. Gegenüber inhaltlich überlegenen Methoden wie dem offenen Interview hat die Verwendung von Fragebögen den Vorteil der besseren Praktikabilität, die auch die Befragung größerer Probandengruppen möglich macht (Uhlemann, 1990). „Die Befragung gilt nach wie vor als das Standardinstrument empirischer Sozialforschung bei der Ermittlung von Fakten, Wissen, Meinungen, Einstellungen oder Bewertungen“ (Schnell, Hill & Esser, 2005) und bot sich daher für die Erhebung der hier gesuchten Parameter an. Als möglicher Einflussfaktor muss bei diesem Studiendesign gesehen werden, dass erfragte Daten immer einer gewissen Verzerrung unterliegen: Falsch niedrig erhobene Werte durch den Einflussfaktor der sozialen Erwünschtheit sind hier nicht mit Bestimmtheit auszuschließen (Schnell et al., 2005). Die positive Antworttendenz von Probanden ist auch laut Bressmann et al. (1999) ein generelles Problem beim Einsatz von Selbstevaluationsinstrumenten. Bei der Fremdbeurteilung von Kindern durch ihre Eltern ist diese Verzerrung ebenfalls gegeben. Die psychisch erkrankten Mütter in Sands Studie (1995) tendierten dazu, ihre Krankheit und deren Auswirkung auf ihre Kinder herunter zu spielen. Nicholson et al. (1999) gelangten hingegen zu der Erkenntnis, dass psychisch erkrankte Mütter in Gesprächsrunden sehr offen über ihre Probleme und Bedürfnisse sprechen. Diese Ergebnisse machen die Bedeutung eines angenehmen Interviewsettings und der Aufklärung der Patienten deutlich: Den Befragten muss klar sein, dass die Auskünfte vertrauenswürdig gesammelt werden und dazu dienen sollen, betroffenen Familien zu helfen.

Die Dauer des einzelnen Interviews von zwei bis drei Stunden brachte weitere Fehlerquellen mit sich: Für die lange Zeit der Befragung und sehr hohe Anzahl an Fragen mussten die Probanden große Konzentration aufbringen, um auch noch am Ende korrekt zu antworten. Gerade bei psychischen

Erkrankungen kann die Konzentrationsspanne stark eingeschränkt sein. Außerdem können die Probanden durch die psychische Erkrankung in der Fähigkeit eingeschränkt sein, objektive – nicht durch ihre Symptome verschleierte – Beurteilungen über ihre Kinder zu treffen. Der Zusammenhang zwischen der Diagnose des Elternteils und der Beurteilung der Lebensqualität des Kindes hängt auch von der krankheitsbedingten Stimmungslage des Beurteilenden ab – ein depressiver Patient schätzt die Lebensqualität seines Kindes schlechter ein als ein Patient mit einer Abhängigkeitserkrankung (Pollak et al., 2008).

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Vielzahl der Definitionen des Begriffes Lebensqualität. Wie unter 2.1.1 bereits beschrieben, besteht keine einheitliche Definition und es handelt sich um ein sehr umfangreiches Konstrukt, welches an vielen verschiedenen Faktoren gemessen wird. Des Weiteren ist das Wohlbefinden einer Person vom subjektiven Empfinden in der jeweiligen Situation geprägt. Deshalb sind Studienergebnisse, die sich mit der Lebensqualität von Personen befassen, nicht ohne weiteres miteinander zu vergleichen. Trotzdem trägt die Verwendung der subjektiven „Lebensqualität als Kriterium zur Evaluation bei Kindern psychisch Kranker“ laut Franz (2004) zur Auseinandersetzung mit der Patientenperspektive bei, erweitert die Erfolgskriterien und ist trotz aller Kritik „nicht ohne weiteres zu ersetzen“. In dieser Studie stellt die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit dem KINDL^R-Lebensqualitätsfragebogen, die abhängige, bzw. Outcomevariable dar.

Die Lebensqualität ist als die „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben...“ definiert (WHOQOL, 1995). „Ein besonderer Aspekt kindlicher Lebensqualitätsstudien ist (somit) die Problematik der Selbst- und Fremdbeurteilung zur Evaluation von Lebensqualität“ (Körner et al., 2006). Lange wurde die Lebensqualitätsmessung bei Kindern nicht in Betracht gezogen und wegen geringer Reflexionsfähigkeit der Kinder für ungenau befunden (Ravens-Sieberer, 2006). Inzwischen liegen geprüfte Messinstrumente vor, die den kindlichen Entwicklungsstufen gerecht werden und an Kinder angepasste Dimensionen der Lebensqualität enthalten (Ravens-Sieberer, Bettge & Erhart, 2003; Landgraf, Ravens-Sieberer & Bullinger, 1997). Ein Beispiel dafür ist der in dieser Studie verwendete KINDL^R-Lebensqualitätsfragebogen, der die Lebensqualität in verschiedenen Altersklassen und als Selbst- oder Fremdbeurteilung erheben kann. Die Selbstbeurteilung durch die Kinder ist zunehmend anerkannt und wird bei älteren Kindern und Jugendlichen für Therapieentscheidungen herangezogen (Ravens-Sieberer, 2006). Ravens-Sieberer (2006) schreibt weiterhin: „Da sich Eltern- und Kinderurteile unterscheiden, kann die Fremdeinschätzung zwar eine zusätzliche Information bieten, die Selbstauskunft jedoch nur in geringem Maß ersetzen“. Eltern- und Kinderurteil stimmen oft wenig überein (vgl. Marsac et al., 2006; Sawyer et al., 2003; Vrijmoet-Wiersma et al., 2009); vor allem bei Dimensionen wie dem Selbstwertgefühl wird dies deutlich, da sie sich einer äußeren Beobachtung entziehen. Auch nach Jokovic, Locker und Guyatt (2004) sind Eltern besser in der Lage, äußerlich ableitbare Dimensionen, wie z.B. das körperliche Wohlbefinden,

einzuschätzen als emotionale. Außerdem findet sich bei der elterlichen Fremdeinschätzung des Wohlbefindens von jungen Kindern eine höhere Übereinstimmung mit der Selbstbeurteilung als bei Jugendlichen.

Die Autoren stimmen in dem Punkt überein, dass nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder befragt werden sollten, da die Ergebnisse aus den verschiedenen Perspektiven unterschiedlich sein können (Sawyer et al., 2003).

Aufgrund der besseren Erreichbarkeit wurden für die vorliegende Studie psychisch erkrankte Eltern gebeten, die Lebensqualität ihrer minderjährigen Kinder im Fremdbereich zu beurteilen. Der *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL^R)* stellt auch bei der Beurteilung der Lebensqualität der Kinder durch die Eltern ein valides Messinstrument dar.

Die Lebensqualität wird in verschiedenen Skalen abgebildet. Die Kinder können in verschiedenen Bereichen des Wohlbefindens eine gute Anpassungsfähigkeit – gute Lebensqualität – zeigen, in anderen nicht. Diese Tatsache verdeutlicht die Differenziertheit der Erfassung der Lebensqualität durch KINDL^R und bringt davon ab, global von Wohlbefinden zu sprechen. Bressmann et al. (1999) kritisieren dennoch, dass spezifische Probleme der Kinder nicht erfasst werden können und die Auflösung des Fragebogens zu grob sei. Dennoch bilden die Skalen die verschiedenen Bereiche der Lebensqualität ab und erfassen somit verschiedene Aspekte des Wohlbefindens.

Ein Problem der Lebensqualität als abhängige Variable ergibt sich aus der Tatsache, dass sie teilweise das Gleiche beinhaltet wie ihre Prädiktoren. Das Selbstwertgefühl zum Beispiel wurde in mehreren Studien als Einflussfaktor auf die Lebensqualität von Personen identifiziert (Bastiaansen et al., 2005a; Moreno-Jiménez et al., 2007; Ritsner et al., 2000). Eine Dimension des KINDL^R erfasst den Selbstwert des Kindes als Skala seiner gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Unabhängige und abhängige Variable sind in diesem Fall nicht voneinander unabhängig, sondern konfundieren. Das Wohlbefinden ist durch die Zufriedenheit eines Individuums mit seinen Lebensumständen definiert. Die Anpassung – in der vorliegenden Studie definiert durch die Lebensqualität der Kinder unter psychischer Belastung – ist wiederum definiert durch die Stressbewältigungsfähigkeiten und Persönlichkeitsfaktoren des Kindes. Unabhängige und abhängige Variablen hängen voneinander ab.

Die Stressverarbeitungsstrategien der Kinder wurden über eine selbst gekürzte Version des *Stressverarbeitungsfragebogens von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche SVF-KJ* (Hampel, Petermann & Dickow, 2001) erfragt. Der SVF-KJ wurde für Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 13 Jahren konstruiert, in der vorliegenden Studie aber bei allen Kindern zwischen 3 und 18 Jahren angewendet. Es ist fraglich, ob die Stressverarbeitungsstrategien in allen Altersstufen die gleichen sind und die Ergebnisse bei allen Kindern als reliabel und valide gelten können. Ebenfalls

ist nicht sicher, ob der Fragebogen so breit (schon ab einem Alter von drei Jahren) anwendbar ist. Methodisch anfechtbar ist auch die Tatsache, dass aus den vier Items eines Subtests je nur eines herausgegriffen bzw. ein Item entsprechend der Bezeichnung der Strategie formuliert wurde, welches die Stressverarbeitungsstrategie repräsentiert. Da jede Bewältigungsstrategie nur von einem Einzelitem abgebildet wird, sind eine Vergleichbarkeit mit der Literatur und der Erhalt der Gütekriterien nicht gegeben. Dadurch sollten die Ergebnisse eher vorsichtig interpretiert werden. Das Coping der Kinder wurde in der vorliegenden Arbeit nicht auf eine bestimmte Situation bezogen, sondern allgemein mit der Frage „Wenn mein Kind unter Druck gerät“ erfragt.

Da die Studie dazu beitragen soll, ein Screeninginstrument zu entwickeln, welches stark von weniger belasteten Kindern differenzieren kann, wurden verschiedene objektive und subjektive aus der Literatur entnommene Faktoren auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder überprüft. Da bisherige Inventare nicht den gewünschten Umfang an Schutz- und Belastungsfaktoren umfassten, wurde ein eigenes Instrument zusammengestellt. Wenn möglich, wurde auf bereits existierende Skalen zurückgegriffen. Um eine verträgliche Interviewdauer zu erzielen, mussten diese aber gekürzt werden, so dass eine Vergleichbarkeit der betreffenden Ergebnisse mit der Literatur nicht gegeben ist. Eine Vielzahl von Merkmalen wurde über einzelne, selbst konstruierte und damit nicht validierte Items operationalisiert.

Zweck der Studie war es, Faktoren, die die Lebensqualität von Kindern psychisch Erkrankter voraussagen, zu identifizieren. Diese Prädiktoren sollen in einem Screeningfragebogen zusammengefasst werden, um besonders von weniger gefährdeten Kindern ohne direkte Erfragung der Lebensqualität zu differenzieren. So können aufwendige und zeitintensive Befragungen ersetzt werden. Das Bestehen vieler negativer Prädiktoren der Lebensqualität bei einem Kind kann großen Hilfebedarf signalisieren. Es muss jedoch wiederum erwähnt werden, dass durch die vorliegenden Daten keine Kausalität gezeigt werden kann. Es kann lediglich geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen bestimmten Faktoren und der Lebensqualität besteht.

Die mit der Lebensqualität in Zusammenhang stehenden Faktoren dienen nicht nur zur Abschätzung des Wohlbefindens, sondern stellen auch Ansatzpunkte dar, durch die die Lebensqualität der Kinder verbessert werden kann. Beispiel dafür ist ein „Coping skills training“ zur Erlernung günstiger Stressverarbeitungsmechanismen und somit besserer Anpassung an eine belastende Situation (Grey et al., 1998).

5.4 SCHLUSSFOLGERUNG UND ANSÄTZE FÜR WEITERE STUDIEN

Durch die Befragung psychisch erkrankter Eltern konnten einige Faktoren identifiziert werden, die in signifikantem Zusammenhang mit der Lebensqualität ihrer Kinder stehen. Die Ergebnisse stimmen mit bisherigen Erkenntnissen zu schützenden und belastenden Faktoren bei Kindern psychisch Kranker überein und bieten Ansatzpunkte für Interventionen und Prävention. Der hypothesierte Zusammenhang zwischen demographischen Daten der Kinder und Familien konnte nur zu kleinen Teilen bestätigt werden: Die Variablen korrelierten zu einem großen Teil gar nicht, der andere Teil nur mit einzelnen Dimensionen der Lebensqualität. An klinischen Daten konnte die Art der psychiatrischen Diagnose als bedeutender Prädiktor der Lebensqualität bestätigt werden.

Im Gegensatz zu einem geringen Zusammenhang mit demographischen Faktoren konnte die Bedeutung subjektiver Faktoren für die Lebensqualität unterstrichen werden. Depressivität, Selbstwertgefühl und Selbstkonzept der Kinder standen in signifikantem Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität. Unsere Studie zeigte außerdem einen entscheidenden Zusammenhang stressbewältigender Techniken mit der Lebensqualität und konnte damit zum Verständnis der Bedeutung dieser Thematik entscheidend beitragen. Die Diskussion zeigt ebenfalls, dass die einschlägige Literatur bezüglich der Stressverarbeitung zu ähnlichen Ergebnissen gekommen ist.

Diese Ergebnisse sollen einen Beitrag dazu leisten, Ärzten und Psychologen zu ermöglichen, die Kinder zu identifizieren, die ein großes Risiko für eine schlechte Lebensqualität und eigene psychiatrische Erkrankungen oder Entwicklungsstörung haben. Ziel der Studie ist es deshalb, Prädiktoren zu benennen, die das Wohlbefinden der Kinder erklären und voraussagen können. Anhand der Prädiktorenliste können Belastung und Defizitbereiche nun schneller erfasst werden. Durch die Kenntnis der Prädiktoren der Lebensqualität von Kindern psychisch Kranker muss diese nicht umständlich erfragt, sondern kann aufgrund der Einflussfaktoren abgeschätzt werden. Darüber hinaus erhält man durch die Identifikation von Prädiktoren Hinweise, an welcher Stelle die Verbesserung der Lebensqualität angesetzt werden kann. Ein solcher Ansatzpunkt ist den Ergebnissen nach zum Beispiel die Stärkung des Selbstwertgefühls der Kinder (vgl. Bastiaansen et al., 2005a) oder das Trainieren günstiger Stressverarbeitungsmechanismen (Grey et al., 1998).

Doch ist es tatsächlich möglich, stark von weniger stark belasteten und gefährdeten Kindern anhand oben genannter Ergebnisse zu unterscheiden?

Eine Differenzierung unterschiedlich belasteter Kinder kann anhand der Ergebnisse dieser Studie nicht durch demographische Variablen stattfinden. Ein Hinweis auf die Belastungsstärke der Kinder kann jedoch zum Beispiel die psychiatrische Diagnose des Elternteils sein. Als besonders bedeutend zeigte sich der Zusammenhang der Lebensqualität mit subjektiven Faktoren. Ob eine Differenzierung anhand dieser Variablen sinnvoll ist, ist allerdings fraglich. Um zu eruieren, wie stark die Kinder belastet sind,

sollen leicht messbare Faktoren herangezogen werden. Anstatt das Selbstwertgefühl oder Selbstkonzept zu erfragen, könnte man ebenfalls die Lebensqualität messen. Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Wohlbefindens können aus den erhaltenen Daten aber auf jeden Fall erschlossen werden.

Die Ergebnisse sind von großer Bedeutung für die Eruierung angemessener Hilfen sowie Primär- und Sekundärprävention eigener psychischer oder Entwicklungsstörungen der Kinder. Sie sollen dazu beitragen, ein Screeninginstrument zu entwickeln, welches in Erwachsenenpsychiatrien flächendeckend angewendet werden kann.

Um diese Ziele zu erreichen, sollten sich aufbauend auf dieser Arbeit, weitere Studien anschließen.

Die Hypothesen der vorliegenden Arbeit resultieren unter anderem aus Faktoren, die in der Literatur bereits als Prädiktoren der Lebensqualität bekannt sind. Beschriebene Schutz- und Belastungsfaktoren der Kinder psychisch Kranker, die sich in der vorliegenden Arbeit nicht als Prädiktoren bestätigt haben, sollten in weiteren Studien noch einmal auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität überprüft werden.

Die Variablen, die sich als signifikante Schutz- oder Belastungsfaktoren herausgestellt haben, sollten in weiteren Studien auf ihre Konstruktvalidität geprüft werden. Dies könnte mit bereits validierten Fragebögen, z. B. der kompletten Version des *Stressverarbeitungsfragebogens von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche SVF-KJ* (Hampel et al., 2001), geschehen. Die Stressverarbeitungsstrategien der Kinder haben sich als bedeutende Prädiktoren der Lebensqualität bestätigt. Aufgrund der Anwendung einer stark verkürzten Form des SVF-KJ in der vorliegenden Arbeit sollte der Zusammenhang der Stressverarbeitung mit der Lebensqualität nochmals mit dem kompletten, auf Gütekriterien getesteten Stressverarbeitungsfragebogen, überprüft werden. Eine Replizierbarkeit der Ergebnisse in weiteren Studien könnte die Bedeutsamkeit der hier erlangten Erkenntnisse unterstreichen.

Außerdem sollte in weiterführenden Studien überprüft werden, ob die Veränderung (Verbesserung) der als Prädiktoren identifizierten Faktoren tatsächlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Querschnittsuntersuchung handelt, können keine Veränderungen gemessen werden. Da solche Ergebnisse nur in einem Längsschnittdesign möglich sind, sollte weiterführend eine Längsschnittstudie durchgeführt werden, um den tatsächlichen Einfluss der als Prädiktoren identifizierten Faktoren zu überprüfen.

Zu Beginn der Diskussion wurde bereits auf die Diskrepanz zwischen einem Elternbericht und der Selbstbeurteilung durch die Kinder hingewiesen (Marsac et al., 2006; Sawyer et al., 2003; Vrijmoet-Wiersma et al., 2009). Der Zusammenhang zwischen demographischen, klinischen sowie subjektiven

Faktoren und der Lebensqualität sollte aus Sicht der Kinder nochmals überprüft und verifiziert werden. Unter Umständen zeigen sich durch die Befragung der Kinder mit psychisch krankem Elternteil weitere Faktoren, die in signifikantem Zusammenhang mit ihrer subjektiven Lebensqualität stehen. Die in der vorliegenden Arbeit im Elternbericht identifizierten Prädiktoren sollten im Selbsturteil auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität überprüft werden.

In weiterführenden Studien sollte außerdem überprüft werden, ob die Faktoren, die die Lebensqualität bedeutend beeinflussen, in allen Altersklassen gleich sind. Da in den verschiedenen Altersstufen verschiedene Entwicklungsschritte vollzogen werden und Entwicklung ein dynamischer Prozess ist, ist denkbar, dass bestimmte Variablen ausschließlich in bedeutendem Zusammenhang mit der Lebensqualität kleiner Kinder stehen; für Jugendliche könnten diese Faktoren in Bezug auf ihr Wohlbefinden keine Rolle mehr spielen oder es kommen weitere Prädiktoren hinzu.

5.5 AUSBLICK

Das Projekt „Prävention von Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern“ (AG Versorgungsforschung/ Sozialpsychiatrie Gießen) verfolgt verschiedene Ziele, die die Situation von Kindern psychisch erkrankter Personen verbessern sollen. Vorrangige Ziele sind die Prävalenzschätzung betroffener Kinder sowie die Vernetzung beteiligter Institutionen (Jugendhilfe, Erziehungsberatung, Schulpsychologischer Dienst, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie) und die Organisation regelmäßiger gemeinsamer Gesprächsrunden (Hilfeplankonferenzen), um den Kindern und ihren Familien gezielte Hilfsangebote machen zu können.

Die hier vorliegende Arbeit unterstützt die Erarbeitung eines Profils von Schutz- und Belastungsfaktoren zur Differenzierung von weniger und stark belasteten Kindern. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen vor allem die gezielte Unterstützung der betroffenen Kinder ermöglichen. In die Unterstützung des Kindes wird auch der erkrankte Elternteil, die gesamte Familie und Umgebung des Kindes mit einbezogen. Um dies zu ermöglichen, soll eine Liste an Faktoren erstellt werden, die die Belastungsdimensionen und den Versorgungsbedarf der Kinder erfasst und so zwischen hoch und weniger gefährdeten Kindern differenzieren kann. Anhand der Prädiktoren der Lebensqualität der Kinder sollen diejenigen identifiziert werden, die anfällig für psychische Störungen und Entwicklungsstörungen sind. So kann frühzeitig eingegriffen und Störungen verhindert werden. Das Wissen über Schutz- und Belastungsfaktoren bringt wichtige Erkenntnisse darüber, wie gefährdete Familien präventiv gestärkt werden können.

Den Hinweisen auf protektive und schädigende Effekte soll im weiteren Verlauf des Projektes nachgegangen werden, um die Schutz- und Belastungsfaktoren der Kinder und ihrer Umwelt zu spezifizieren. Das erstellte Risikoprofil resultiert in einem Screening-Instrument zur Identifizierung ungünstiger Bedingungen und entwicklungsgefährdeter Kinder. Dieser Screening-Fragebogen soll als niederschwelliges Frühwarnsystem in Erwachsenenpsychiatrien eingesetzt werden, um gefährdete von weniger belasteten Kindern unterscheiden und belasteten Familien frühzeitig bedarfsangepasste Hilfsangebote anbieten zu können.

Um die genannten Ziele zu verwirklichen, sollen im weiteren Verlauf des Projektes Kinder mit psychisch erkranktem Elternteil selbst befragt werden. Dafür müssen sowohl die Eltern als auch die Kinder mit der Befragung einverstanden sein. Es muss gesichert sein, dass sie ehrlich antworten sollen und können, ohne dass dies negative Konsequenzen für sie und ihre Eltern haben wird. Wie bereits in früheren Abschnitten der Arbeit erläutert, ist die Tabuisierung der Erkrankung bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ein weit verbreitetes Problem: Die Kinder haben das Gefühl, ihre Eltern zu verraten, wenn sie über die Erkrankung und ihre Folgen reden. Die Ergebnisse im Elternbericht dieser Studie sind unter Umständen besonders für kleine Kinder von Bedeutung. Es sollte allerdings Inhalt weiterer Studien sein, zu überprüfen, ob die Prädiktoren der Lebensqualität bei jüngeren und älteren Kindern die gleichen sind.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sollen Grundlage der Identifizierung von Prädiktoren sein, die das Outcome der Kinder psychisch Kranker vorhersagen können. Außerdem sollen sie die Erstellung einer Merkmalsliste unterstützen, mit der gefährdete von weniger gefährdeten Kindern differenziert werden können.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern und hat zum **Ziel**, Prädiktoren der Lebensqualität der Betroffenen zu identifizieren, um Ansatzpunkte für präventive Hilfen zu schaffen.

Kinder psychisch erkrankter Personen müssen unter schwierigen Bedingungen aufwachsen, leiden unter der psychischen Belastung durch die Erkrankung des Elternteils und sind einem großen Risiko ausgesetzt, selbst psychische oder Verhaltensstörungen zu entwickeln. Trotz dieser Kenntnisse fehlt es an angemessenen, präventiven Hilfsangeboten für betroffene Kinder und ihre Familien – Kinder- und Jugendpsychiatrien kommen oft erst mit den Kindern in Kontakt, wenn bereits manifeste Störungen bestehen. Um den Unterstützungsbedarf der Kinder besser abschätzen zu können und in Kooperation *angemessene* Hilfen leisten zu können, ist es wichtig, die Faktoren genauer zu analysieren, die zu einem eingeschränkten Wohlfühl, dem Kardinalmerkmal der Lebensqualität, beitragen. Nicht jedes Kind leidet gleich stark unter der Belastung durch einen psychisch erkrankten Elternteil. Daher ist die Gefahr, eigene Störungen zu entwickeln und unter einer niedrigen Lebensqualität zu leiden, sehr unterschiedlich. Die vorliegende Studie beschäftigt sich deshalb mit der **Fragestellung**, worin sich Kinder, die eine gute Lebensqualität haben, von denjenigen unterscheiden, deren Wohlbefinden beeinträchtigt ist. Anhand bereits in der Literatur beschriebener Einflussfaktoren auf die Lebensqualität wurden Hypothesen aufgestellt, die eine Korrelation verschiedener soziodemographischer und in der Person liegender Faktoren mit dem Wohlbefinden der Kinder psychisch Kranker vermuten lassen. Es muss dabei betont werden, dass es durchaus die gleichen Zusammenhänge bei Kindern gesunder Eltern geben könnte, denn auch wenn die Kinder psychisch Kranker unter Umständen stärkere Störungen aufweisen, ist nicht belegt, dass die hier untersuchten Merkmale nicht die gleichen Einflüsse auf die Lebensqualität von Kindern gesunder Eltern ausüben würden.

Der **Methodenteil** der Dissertation beschreibt die in ausgewählten psychiatrischen Kliniken durchgeführte Fragebogenerhebung an stationär behandelten psychisch erkrankten Eltern. Die Probanden wurden bezüglich soziodemographischer Daten sowie zu Stressverarbeitungsstrategien (gemessen mit dem SVF-KJ) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gemessen mit dem KINDL^R) ihrer Kinder in Form eines standardisierten Interviews befragt.

Folgende im Interview mit dem erkrankten Elternteil erhobene subjektive und objektive Faktoren wurden auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder überprüft:

Objektive Faktoren: 1. das Alter des Kindes, 2. das Alter des Kindes bei Ersterkrankung des

Elternteils, 3. das Geschlecht des Kindes, 4. Religionszugehörigkeit und Religiosität, 5. der Migrationshintergrund und 6. das Vorliegen einer eigenen Erkrankung des Kindes im letzten Jahr.

Elterliche Variablen: 7. das Geschlecht des erkrankten Elternteils, 8. der Familienstand, 9. Schulabschluss, Berufsausbildung und berufliche Situation des Befragten und 10. das Überlastungsgefühl der Eltern.

Klinische Faktoren: 11. die psychiatrische Diagnose des Elternteils und 12. die Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte.

Familiäre Faktoren: 13. das Haushaltseinkommen, 14. die Tabuisierung der Erkrankung und 15. die Anzahl der Geschwister des Kindes.

Subjektive Prädiktoren: 16. Depressivität, Selbstwertgefühl und Selbstkonzept des Kindes und 17. die Stressverarbeitungsstrategien der Kinder.

Als Indikatoren der Lebensqualität der Kinder wurden herangezogen:

Gesamtwert, Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule.

Die erhobenen subjektiven und objektiven Faktoren wurden als unabhängige Variablen auf ihren Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder überprüft. Der Zusammenhang der potentiellen Prädiktoren mit der Lebensqualität wurde mittels t-Tests oder Korrelationsanalysen ermittelt.

Die **Ergebnisse** der Studie zeigen deutlich, dass vor allem die subjektiven (Persönlichkeits-)Faktoren in bedeutendem Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder psychisch Erkrankter stehen. Der Grad der Depressivität (negative Korrelation), das Selbstwertgefühl und Selbstkonzept (positive Korrelationen) sowie die Stressverarbeitungsmechanismen der Kinder stehen in signifikantem Zusammenhang mit mehreren Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Vor allem die Stressverarbeitungsstrategie „Problemlösende Bewältigung“ und ihre Subtests „Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktion“ und die Strategie „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ korrelieren positiv mit der Lebensqualität. Doch auch die „Ungünstige Stressverarbeitung“ und die zugehörigen Subtests „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“ und „Aggression“ stellten sich als (negative) Prädiktoren der Lebensqualität heraus. Bei den objektiven Faktoren zeigt sich insgesamt deutlich weniger Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder. Einige Variablen standen gar nicht in Zusammenhang mit der Lebensqualität, andere nur mit einzelnen Skalen des Wohlbefindens: Je älter die Kinder waren, desto niedriger war ihr *Körperliches Wohlbefinden*, die Religionszugehörigkeit stand in positivem Zusammenhang mit der Lebensqualität im Bereich *Familie*, und Kinder, deren Väter erkrankt waren, hatten eine bessere Lebensqualität in den Bereichen *Gesamtwert, Körperliches* und *Psychisches Wohlbefinden* als diejenigen, deren Mutter erkrankt war. Eltern, die ein hohes Überlastungsgefühl in ihrer Rolle als Elternteil angaben, bewerteten den *Gesamtwert*, das *Psychisches Wohlbefinden* und die Lebensqualität im Bereich *Familie* ihrer Kinder als signifikant schlechter. Bei

bis zu zwei Geschwistern wurde eine bessere Lebensqualität im Bereich *Selbstwert* angegeben als bei denjenigen mit drei oder mehr Geschwistern.

An klinischen Variablen konnte die psychiatrische Diagnose des Elternteils als Prädiktor des Wohlbefindens identifiziert werden. Deutlich schlechtere Werte in den Bereichen *Psychisches Wohlbefinden* und *Schule* hatten Kinder affektiv erkrankter Eltern (F30-39) im Vergleich zu Eltern mit einer Diagnose aus dem Störungsbereich Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-49).

Die **Diskussion** der Arbeit verdeutlicht, dass unsere Ergebnisse mit bisherigen Erkenntnissen zu schützenden und belastenden Faktoren bei Kindern psychisch Kranker übereinstimmen und bietet Ansatzpunkte für Interventionen und präventive Unterstützung betroffener Kinder. Beispiele sind die Stärkung des Selbstwertgefühls oder das Trainieren günstiger Stressverarbeitungsstrategien. Die Ergebnisse der Studie können allerdings nicht als repräsentativ für alle psychiatrischen Störungen gelten. Aufgrund sehr kleiner Gruppengrößen konnten nur zwei Diagnosegruppen bezüglich der Lebensqualität der Kinder verglichen werden. Ein weiteres Problem besteht in der fehlenden Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Aufgrund des Designs der Studie kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Ergebnisse spezifisch für die Kinder psychisch kranker Eltern sind. Die gleichen Zusammenhänge könnten auch in einer Stichprobe nicht belasteter Kinder bestehen. Des Weiteren kann kein kausaler Zusammenhang zwischen den Einflussfaktoren und der Lebensqualität bewiesen werden. Die Studie gibt lediglich Auskunft über den Zusammenhang zwischen den Faktoren und der Lebensqualität. Ein weiteres Defizit der Studie ist, dass a) die Aussagen über die Kinder nur von dem erkrankten Elternteil getroffen wurden und keine unabhängigen Befragungen der Kinder vorliegen und b) die Frage nicht beantwortbar ist, ob die Störungen der Kinder, die im Begriff der schlechten Lebensqualität zusammengefasst sind, mit dem belastenden Milieu durch den erkrankten Elternteil oder mit erblichen Faktoren zusammenhängen, da viele psychiatrische Erkrankungen nachweislich einen hohen Erbanteil haben.

Trotz allem ergeben sich wichtige Erkenntnisse über Prädiktoren der Lebensqualität Betroffener, sowie Hinweise, durch welche Maßnahmen das Wohlbefinden der Kinder verbessert werden könnte (vgl. oben). In der Literatur beschriebene Prädiktoren der Lebensqualität, die sich in dieser Arbeit nicht bestätigen ließen, sollten in weiterführenden Studien noch einmal auf ihren Zusammenhang mit der Lebensqualität überprüft werden. Weiterhin sollten die als signifikant erhaltenen Einflüsse auf ihre Replizierbarkeit überprüft werden, um die Bedeutung der Studienergebnisse zu untermauern. Es sollte sich außerdem eine Längsschnittstudie anschließen, welche die Veränderung der Lebensqualität bei Änderung von als Prädiktoren identifizierter Variablen untersucht.

Die vorliegende Studie ist Teil des Projektes „Prävention von Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern“ (AG Versorgungsforschung/Sozialpsychiatrie Gießen) und soll dazu beitragen, die Situation von Kindern psychisch Erkrankter zu verbessern. Durch die Erarbeitung eines Profils von Schutz- und Belastungsfaktoren zur Differenzierung von weniger und stark belasteten Kindern sollen diejenigen identifiziert werden, die anfällig für eigene psychische Störungen und Entwicklungsstörungen sind. So kann frühzeitig präventiv eingegriffen und das Auftreten dieser Störungen verhindert werden.

6.1 ENGLISCHE ZUSAMMENFASSUNG / ABSTRACT

The present paper deals with the situation of children whose parents suffer from a mental disorder. Its goal is to identify the predictors of the concerned persons' quality of life in order to establish starting points for preventive measures.

Children whose parents suffer from a mental disorder grow up under difficult circumstances. Typically they are adversely affected by psychological stress resulting from their parent's illness and thus are exposed to a great risk of developing mental or behavioral disorders themselves. In spite of this knowledge, adequate preventive measures to help the children concerned as well as their families are missing – psychiatrists who specialize in children and teenagers often do not get in touch with the children before apparent disorders appear. In order to be able to evaluate the demand for aid more precisely and to provide reasonable assistance in corporation, it is very important to analyze the factors which contribute to a limited sense of well-being, which again is the prime criterion of the quality of life. Not every child suffers equally from the burden of having a mentally disordered parent.

Therefore, the danger of developing one's own disorders and of suffering from a low quality of life differs to a great extent. The present survey thus deals with the **question** of the differences between children who have a good quality of life and those whose well-being is impaired. On the basis of factors influencing the quality of life already mentioned in medical literature, hypotheses were established which assume a correlation between various socio-demographic factors as well as factors that are to be found directly within the person concerned on the one hand and the well-being of children whose parents suffer from a mental disorder on the other hand. The fact that the same correlation may also be found with children of healthy parents needs to be emphasized. Although children of mentally disordered parents tend to suffer from more severe forms of disorders, it has not been proven that the features of the quality of life analyzed in this survey do not have the same influence on children of healthy parents.

The **empirical** part of the dissertation describes the questionnaire-based survey carried out in selected mental institutions with mentally disordered parents. By means of a standardized questionnaire, the subjects were interviewed concerning socio-demographic data as well as strategies of stress-handling (measured with SVF-KJ) and the health-related quality of life of their children (measured with SVF-KJ).

The subjective and clinical factors mentioned below were collected during the interview with the concerned parents and were tested for their correlation with the quality of life of the children:

Clinical factors: 1. Age of the child, 2. Age of the child when the illness of the parent was first diagnosed, 3. Sex of the child, 4. Religion and religiosity, 5. Migration background and 6. The

existence of an illness of the child within the preceding year. *Parental factors of influence*: 7. Sex of the sick parent, 8. Marital status, 9. Highest level of education, professional education and professional situation of the subject and 10. The parent's feeling of being overburdened. *Medical factors*: 11. The psychiatric diagnosis of the parent and 12. The amount of previous hospitalisations. *Familial factors*: 13. Household income, 14. Tabooization of the illness and 15. The number of siblings of the child. *Subjective factors*: 16. Depressive mood, self-esteem and self-image of the child and 17. Stress-handling strategies of the child.

Indicators of the quality of life of children are:

total worth, physical well-being, psychological well-being, self-worth, family, friends and school.

The collected subjective and clinical factors were tested as independent variables on their correlation with the health-related quality of life of the children. The influence of potential predictors was determined by means of t-tests or correlation analyses.

The **results** of the survey clearly show that especially the subjective (personality) factors have considerable influence on the quality of life of children whose parents suffer from a mental disorder. The degree of depressive mood (negative correlation), the self-esteem and the self-image (positive correlation) as well as stress-handling mechanisms of the children have significant influence on several health-related aspects of the quality of life. Especially the stress-handling strategy "problem-solving (problemlösende Bewältigung)" and its subtests "control of distressing situations (Situationskontrolle)", "positive self-briefing (Positive Selbstinstruktion)" and "need for social support (Soziales Unterstützungsbedürfnis)" show a significant degree of positive influence. But also "adverse stress-handling (Ungünstige Stressverarbeitung)" and the respective subtests "further theoretical engagement (Gedankliche Weiterbeschäftigung)", "resignation", and "aggression" turned out to be (negative) predictors of the quality of life. Altogether, clinical factors were much less influential on the quality of life of the children. Some variables had no influence at all, others were only influential on several scales of the quality of life: The older the children, the lower their physical well-being; religion showed to be positively related to the quality of life within the family; and children, whose fathers were ill, had a much better quality of life concerning total-worth, physical and psychological well-being than the children whose mother was ill. Parents who felt significantly overburdened with their role as a parent assessed the *total-worth*, the *psychological well-being* and the *quality of life* of their children within the sector *family* as much worse. Children with up to two siblings stated a much better quality of life within the field of *self-esteem* than the children with three or more siblings. Medical variables were useful to identify the psychiatric diagnosis of the parent as a predictor of his or her well-being. The data within the fields of *psychological well-being* and *school* were much worse concerning children with parents suffering from affective disorders (F30-39) compared to the parents who were diagnosed with neurotic stress disorders (Belastungsstörungen) and somatoform disorders (F40-49).

The **discussion** of this paper clarifies that our results accord with existing knowledge of protective and wearing factors concerning children of mentally disordered parents. Furthermore, it provides starting points for intervention and preventive support for concerned children, as for example how to strengthen someone's self-esteem or how to train more favorable stress-handling strategies. The results of the survey, however, are not representative of all kinds of psychiatric disorders. Due to very small group sizes, only two different groups of diagnoses concerning the quality of life of children could be compared. Another criticism is the fact that the results cannot be generalized. Due to the survey's design, it is not possible to decide whether or not the results are specific for children whose parents suffer from a mental disorder. The same correlations may also exist for children whose parents are healthy. Furthermore, a causal connection between the influencing factors and the quality of life could not be proven. The survey solely provides information about the factors and the quality of life. Two more deficiencies of the survey are that (a) only the diseased parent gave statements about his or her child and no independent statements exist, and (b) the question of whether or not the disorders of the children subsumed under the concept of a bad quality of life are connected with the wearing environment due to the diseased parent or with heritable factors cannot be answered, as many psychiatric diseases have been proven to have their basis in heritage.

Nonetheless, some important insight into predictors of the quality of life of concerned persons resulted from the survey. Other results concern details on what kind of measures should be taken in order to improve the well-being of the concerned children. Predictors of the quality of life, which were described in medical literature and could not be confirmed in this paper, should be reviewed in further surveys regarding their correlation with the quality of life. Furthermore, the influences which are maintained as being significant should be tested for their replicability to confirm the results of the survey. Additionally, a longitudinal section study (Längsschnittstudie) should follow, which analyzes the changes of the quality of life when the variables identified as predictors change.

The present paper is part of the project "Prävention von Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern" (AG Versorgungsforschung/Sozialpsychiatrie Gießen) and is meant to help improve the situation of children whose parents suffer from mental disorders. By developing an outline of protective and wearing factors in order to differentiate between highly concerned and less concerned children, those kinds of children are meant to be identified who are prone to develop psychological and developmental disorders themselves. Thus, intervention will be preventive and the above-mentioned kinds of disorders may be avoided.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- Achenbach TM (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Angermeyer MC (1994). Symptomfreiheit oder Lebensqualität: Ziele der Schizophreniebehandlung. In H Katschig & P König (Hrsg.) *Schizophrenie und Lebensqualität*. Berlin: Springer, 65-80.
- Angermeyer MC (2000). Schizophrenie und Lebensqualität. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 68, 1, 2-6.
- Angermeyer MC, Kilian R (2006). Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H Katschnig, H Freeman & N Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders*. Second Edition. Chichester: John Wiley & Sons, 21-32.
- Anie KA (2005). Psychological complications in sickle cell disease. *British Journal of Haematology*, 129, 723–729.
- Anthony EJ (1987). Children at high risk for psychosis growing up successfully. In EJ Anthony & B Cohen (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 145-184). New York: Guilford.
- Apfel R & Handel M (1993). Madness and loss of motherhood: Sexuality, reproduction and long-term mental illness. Washington, DC: *American Psychiatric Press*.
- Apter AJ, Reisine, ST, Affleck G, Barrows E & Zu Wallack RL (1999). The influence of demographic and socioeconomic factors on health-related quality of life in asthma. *J Allergy Clin Immunol Volume*, 103, 1, 1.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von P Melchers & M Döpfner. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen, bearbeitet von M Döpfner, J Plück, S Bölte, K Lenz, P Melchers & K Heim. (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). Verfügbar unter: http://www.zentrales-adhs-netz.de/i/material/erfassung_komorbider_stoerungen5.php
- Argyriou AA, Papapetropoulos S, Polychronopoulos P, Corcondilas M, Argyriou K & Heras P (2004). Psychosocial effects and evaluation of the health-related quality of life in patients suffering from well-controlled epilepsy. *J Neurol*, 251, 310–313.
- Atteslander P & Kopp M (1984). Befragung. In E. Roth (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Methoden. Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 144 – 172). München/ Wien.
- Awad AG, Voruganti LNP & Heslegrave RJ (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res*, 6, 21-26.
- Baker F & Intagliata J (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann*, 5, 69-79.

- Bandell-Hoekstra I, Abu-Saad H-H & Passchier J (2000). Recurrent Headache, Coping, and Quality of Life in Children: A Review. *Headache*, 40, 357-370.
- Barry MM (1997). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In H Katschnig, H Freeman & N Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 31-42). Chichester: Wiley.
- Bastiaansen D, Koot HM & Ferdinand RF (2005a). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of Life Research*, 14, 1599-1612.
- Bastiaansen D, Koot HM & Ferdinand RF (2005b). Psychopathology in children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 7, 364-370.
- Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF & Verhulst FC (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43, 2, 221-230.
- Beardslee WR, Bemporad J, Keller MB & Klerman GL (1983). Children of parents with major affective disorder: A Review. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 7.
- Bech P (1994). The PCASEE model: an approach to subjective well-being. In J Orley & W Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (pp. 75-79). Berlin: Springer.
- Beck AT (1967). Depression. Clinical, theoretical and experimental aspects. New York: Harper & Row.
- Bender D & Lösel F (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In J Markgraf, J Siegrist & S Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117-138). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Berlim MT & Fleek MPA (2003). „Quality of life“: A brand new concept for research and practice in psychiatry. *Bras Psiquiatr*, 25, 4, 249-252.
- Bissonnette M (1998). Optimism, Hardiness and Resiliency: A Review of the Literature. Prepared for the Child and Family Partnership Project, 1998, August 4.
- Blanz B, Esser G & Schmidt MH (1987). Präventive Möglichkeiten bei psychischen Störungen von Eltern und Kindern. In U Laaser, G Sassen, G Murza & P Sabo (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitserziehung* (S. 85-90). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bressmann T, Sader R, Ravens-Sieberer U, Zeilhofer H-F & Horch H-H (1999). Lebensqualitätsforschung bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Erste Ergebnisse. *Mund Kiefer Gesichts Chir*, 3, 134-139.
- Bullinger M (1991). Lebensqualität unter antihypertensiver Therapie: Konzeptuelle, methodische und praktische Aufgaben. In M Bullinger, M Ludwig & N von Steinbüchel (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Grundlagen, Messverfahren und Ergebnisse* (S. 4-13). Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger M (1996). German translation and psychometric testing of the SF-36 – preliminary results from the IQOLA-Project. *Qual Life Res*, 17, 1-12.
- Bullinger M (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 43, 190-197.

- Bullinger M (2000). Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung in der Medizin. In U Ravens–Sieberer & A Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen* (S. 13-24). Landsberg: Ecomed.
- Bullinger M, Kirchberger I & Ware J (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswiss.*, 3, 1.
- Bullinger M, von Mackensen S & Kirchberger I (1994). KINDL – ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 1, 64-77.
- Campbell A, Converse PE & Rodgers WL (1976). The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions. New York: Russel Sage.
- Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M & Alegria M (1990). Children of parents with psychiatric disorder in the community. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 3, 398-406.
- Caton CLM, Cournos F, Felix A & Wyatt RJ (1998). Childhood experiences and current adjustment of offspring of indigent patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 49, 86-90.
- Ceriatì E, Deganello F, De Peppo F, Ciprandi G, Silveri M, Marchetti P, Rava L & Rivosecchi M (2004). Surgery for ulcerative colitis in pediatric patients: Functional results of 10-year follow-up with straight endorectal pull-through. *Pediatr Surg Int*, 20, 573–578.
- Charron-Prochownik, D. (2002). Special needs of the chronically ill child during middle childhood: application of a stress-coping paradigm. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 6.
- Chisholm MA, Spivey CA, Nus AV (2007). Influence of economic and demographic factors on quality of life in renal transplant recipients. *Clin Transplant*, 21, 285–293
- Chui YY, Kuan HY, Fu ICY, Liu RKY, Sham MK & Lau KS (2009). Factors associated with lower quality of life among patients receiving palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 9, 1860–1871.
- Collins NL & Read SJ (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663.
- Dijk van J, Huisman J, Moll AC, Schouten-van Meeteren AYN, Bezemer PD, Ringens PJ, Cohen-Kettenis PT & Imhof SM (2007). Health-related quality of life of child and adolescent retinoblastoma survivors in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 65.
- Djibuti M & Shakarishvili R (2003). Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74, 570–573.
- Döpfner M, Schmeck K & Berner K (1998). Handbuch. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behaviour Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), 1998.
- Dupuy HJ (1984). The psychological general well-being index. In NK Wenger, ME Mattson, CD Furberg & J Elinson (Eds.), *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies* (pp. 170-183). New York: Le Jacq.

- Earle EA & Eiser C (2007). Children's behaviour following diagnosis of acute lymphoblastic leukaemia: a qualitative longitudinal study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 2, 281–293.
- Egle UT, Hoffmann SO & Steffens M (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 68, 683-695.
- Eisermann W (2001). Unique outcomes and positive contributions associated with facial difference: expanding research and practice. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 38, 3, 236-244.
- Emshoff JG & Price AW (1999). Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics*, 103, 1112-1121.
- Eschenbeck H, Kohlmann C-W, Lohaus A & Klein-Heßling J (2006). Die Diagnostik von Stressbewältigung mit dem „Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter“ (SSKJ 3–8) - Faktorielle und psychometrische Analysen. *Diagnostica*, 52, 3, 131-142.
- Fegert JM & Ziegenhain U (Hrsg.) (2003). *Hilfen für Alleinerziehende – Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland*. Weinheim: Beltz.
- Flechtner H, Hellmann-Mersch B, Kranendonk S, Luther S, Möller K & Lehmkuhl G (2000). Zur Erfassung von Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Elternfragebogen „LKJ-E“ aus dem Fragebogensystem „LKJ“ (Lebensqualität Kinder- und Jugendpsychiatrie). In M Bullinger, J Siegrist & U Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und – soziologischer Perspektive* (S. 247-273). *Jahrb Med Psychol* 18.
- Flechtner H, Möller K, Kranendonk S, Luther S & Lehmkuhl G (2002). Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 51, 77-91.
- Fok SK, Chair SY & Lopez V (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 2, 173–181.
- Frank R, Walter B, Vaitl D (1990). Mehr Wohlbefinden und Genussfreude im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie*, 2, 351-364.
- Franklin J, Denyer G, Steinbeck KS, Caterson ID & Hill AJ (2006). Obesity and risk of low self-esteem: a statewide survey of Australian children. *Pediatrics*, 118, 2481-2487.
- Franz M (1998). Empirische Untersuchungen zur Lebensqualität schizophrener Patienten unter Neuroleptikabehandlung. In HJ Möller & N Müller (Hrsg.), *Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie* (S. 255-264). Wien: Springer.
- Franz M (2000). Neue Befunde aus der Belastungsforschung - Stand und Perspektiven der Psychiatriereform Hessen, eine Dokumentation des Symposiums vom 18.März 2000 an der Fachhochschule Wiesbaden.
- Franz M (2004). Möglichkeiten und Grenzen der Verwendung von subjektiver Lebensqualität als Kriterium zur Evaluation psychiatrischer Behandlungsangebote bei chronisch schizophrenen Menschen.
- Franz M (2005). Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern – Eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 50, 3, 82-86.

- Franz M (2006). Hat die Lebensqualitätsforschung ihren Zweck erfüllt? *Psychiat Prax*, 33, 309-311.
- Franz M (2006). Möglichkeiten und Grenzen subjektiver Lebensqualität schizophrener Patienten als Outcomekriterium psychiatrischer Therapie. *Psychiat Prax*, 33, 317-322.
- Franz M, Ehlers F, Hanewald B & Gallhofer B (2000a). How do schizophrenic patients define their quality of life? *Schizophr Res*, 41, 1, 301.
- Franz M, Ehlers F, Hanewald B & Gallhofer B (2000b). Reprovision of behavioural disordered, schizophrenic, „difficult-to-place“ patients: a matched control study. *Schizophr Res*, 41, 1, 167.
- Franz M & Jäger K (2007). Interdisziplinäre Anforderungen und Herausforderungen in der Prävention und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern. In JM Fegert & U Ziegenhain (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (S. 152-160). München: Reinhardt.
- Franz M, Meyer T & Gallhofer B (1999). Are importance ratings useful in the assessment of subjective quality of life in schizophrenic patients? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 8, 4.
- Franz M, Meyer T & Gallhofer B (2003). Belastungen von Angehörigen schizophren und depressiv Erkrankter – eine repräsentative Erhebung. In JM Fegert & U Ziegenhain (Hrsg.), *Hilfen für Alleinerziehende - Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland* (S. 215-229). Weinheim: Beltz Verlag.
- Franz M, Meyer T, Reber T & Gallhofer B (2000). The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research*, 9, 481-489.
- Frare M, Axia G & Battistella PA (2002). Quality of life, coping strategies, and family routines in children with headache. *Headache*, 42, 953-962.
- Fudge E, Falkov A, Kowalenko N & Robinson P (2004). Parenting is a mental health issue. *Australasian Psychiatry*, 12, 2.
- Gehrmann J & Sumargo S (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschr Kinderheilkd*, 157, 383-394.
- Gil KM, Gibbons HE, Jenison EL, Hopkins MP & von Gruenigen VE (2007). Baseline characteristics influencing quality of life in women undergoing gynecologic oncology surgery. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 25.
- Goodman SH & Brumley HE (1990). Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26, 1, 31-39.
- Gotlib IH, Krasnoperova E & Neubauer YD (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 1, 127-135.
- Grey M, Boland E, Davidson M, Yu C, Sullivan-Bolyai S & Tamborlane WV (1998). Short-term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. *Diabetes Care*, 21, 6, 902-908.
- Grey M, Boland EA, Davidson M, Yu C & Tamborlane WV (1999). Coping skills training for youths with diabetes on intensive therapy. *Applied Nursing Research*, 12, 1, 3-12.
- Grey M, Kanner S & Lacey KO (1999). Characteristics of the learner: children and adolescents. *The Diabetes Educator*, 25, 25.

- Griffith M, Dubow E & Ippolito M (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 183-204.
- Grootenhuis MA & Last BF (2001). Children with cancer with different survival perspectives: defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 10, 305–314.
- Grootenhuis MA, Last BF, de Graaf-Nijerk JH & van der Wel M (1996). Secondary control strategies used by parents of children with cancer. *Psychooncology*, 5, 2, 91-102.
- Gundlach S, Würz J, Schmutzer G, Hiermann P, Kapellen T, Galler A, Wudy S, Hauschild M, Kiess W & Brähler E (2006). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Geschwistern an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankter Kinder und Jugendlicher. *Dtsch Med Wochenschr*, 131, 20, 1143-1148.
- Guttman HA (1989). Children in families with emotionally disturbed parents. In Lambrinck-Graham (Ed.), *Children in Family Contexts - Perspectives in Treatment* (S. 252-276). New York.
- Härtl K, Janni W, Kästner R, Sommer H, Strobl B, Rack B & Stauber M (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14, 1064–1071.
- Hampel P (2007). Brief report: coping among Austrian children and adolescents. *Journal of Adolescence* 30, 885-890.
- Hampel P, Desman C, Petermann F, Roos T & Siekmann K (2006). Multimodales Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitperson in der stationären Rehabilitation. *Rehabilitation*, 45, 52-59.
- Hampel P, Dickow B & Petermann F (2002). Reliabilität und Validität des SVF-KJ. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 3, 273–289.
- Hampel P, Petermann F & Dickow B (2001). Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ). Göttingen: Hogrefe.
- Haverkamp F, Staab D, Müller-Sinik K & Rüniger M (2004). Methodologische Perspektiven zur Erfassung der Adaptation bei chronischen Erkrankungen am Beispiel des Asthma bronchiale im Kindesalter. *Klein Pädiatr*, 216, 1-6.
- Heinisch M, Ludwig M & Bullinger M (1991). Psychometrische Testung der "Münchener Lebensqualitäts Dimensionen Liste (MLDL)". In M. Bullinger, M. Ludwig & N. von Steinbüchel (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen – Grundlagen, Messverfahren und Ergebnisse* (S.73-90). Göttingen: Hogrefe.
- Helseth S & Ulfset N (2003). Having a parent with cancer - coping and quality of life of children during serious illness in the family. *Cancer Nursing*, 26, 5, 355.
- Herder K (2005). Was brauchen Kinder psychisch erkrankter Eltern? *Psych Pflege*, 11, 122-124.
- Herrle J, Laucht M, Esser G & Schmidt MH (1995). Interaktionsverhalten psychisch auffälliger Mütter und ihrer Kinder: Typische Muster im Kleinkindalter und Bedeutung für die kindliche Entwicklung. In K-U Ettrich & M Fries (Hrsg.), *Lebenslange Entwicklung in sich wandelnden Zeiten* (S. 289-298). Landau: Verlag empirische Pädagogik.
- Hetherington EM (1989). Coping with family transitions: winners, losers and survivors. *Child Development*, 60, 1-14.

Hintermair M (2007). Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people – A resource-oriented approach to identity work. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13, 2, 278-300.

Hövels-Gürich HH, Konrad K, Skorzewski D, Minkenberg R, Herpertz-Dahlmann B, Messmer BJ & Seghaye M-C (2007). Long-term behaviour and quality of life after corrective cardiac surgery in infancy for tetralogy of fallot or ventricular septal defect. *Pediatric Cardiology*, 28, 346-54.

Holtmann M, Poustka F & Schmidt MH (2004). Biologische Korrelate der Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 4, 201-21.

Holtmann M & Schmidt MH (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 4, 195-200.

Houtzager BA, Grootenhuis MA, Hoekstra-Weebers JEHM & Last BF (2003). One month after diagnosis: quality of life, coping and previous functioning in siblings of children with cancer. *Dutch Journal of Pediatrics*, 71, 3, 123–133.

Houtzager BA, Oort FJ, Hoekstra-Weebers JEHM, Caron HN, Grootenhuis MA & Last BF (2004). Coping and family functioning predict longitudinal psychological adaptation of siblings of childhood cancer patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 8, 591-605.

Ihle W, Esser G, Schmidt MH & Blanz B (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 201-211.

ISA - Institut für soziale Arbeit e.V. Kinder psychisch kranker Eltern. Eine/r ist krank - alle leiden. Perspektiven gegen Angst und Überforderung. Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung des LVR. Dezernat Jugend/ Landesjugendamt, Gesundheit/ Heilpädagogische Heime und dem ISA am 25. März 2004 in Köln.

Janke W, Erdmann G & Kallus W (Hrsg.) (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SvF)*. Göttingen: Psychologie Verlags Union.

Jaser SS, Whittlemore R, Ambrosino JM, Lindemann E & Grey M (2008). Mediators of depressive symptoms in children with type 1 diabetes and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 5, 509-519.

Jokovic A, Locker D & Guyatt G (2004). How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Qual Life Res*, 13, 1297–1307.

Karen MG, Gibbons HE, Jenison EL, Hopkins MP & von Gruenigen VE (2007). Baseline characteristics influencing quality of life in women undergoing gynecologic oncology surgery. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 25.

Karlsen KH, Larsen JP, Tandberg E, Mæland JG (1999). Influence of clinical and demographic variables on quality of life in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 66, 431–435.

Katschnig H (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H Katschnig, H Freeman & N Sartorius (Eds.) *Quality of life in mental disorders* (pp. 3-16). Chichester: Wiley.

Katschnig H, Freeman H & Sartorius N (1997). Preface. In H Katschnig, H Freeman & N Sartorius (Eds.) *Quality of life in mental disorders* (pp. 11-12). Chichester: Wiley.

- Kauffman C, Grunebaum H, Cohler B & Gamer E (1979). Superkids: competent children of psychotic mothers. *Am J Psychiatry*, 136, 11.
- Kilian R (1995). Ist Lebensqualität messbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax*, 22, 97-101.
- Kilian R & Pukrop R (2006). Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcomeindikator? *Psychiatr Prax*, 33, 312-316.
- Kindler H (2006a). Welcher Zusammenhang besteht zwischen psychischen Erkrankungen der Eltern und der Entwicklung von Kindern? In H Kindler, S Lillig, H Blüml, T Meysen & A Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 31-1-31-5). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Kindler H (2006b). Wie können Ressourcen und Stärken bei Kindern erhoben werden? In H Kindler, S Lillig, H Blüml, T Meysen & A Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 61-1-61-5). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Knuf A (2000). „Mit meiner Mutter stimmt was nicht“ - Die vergessenen Kinder seelisch kranker Eltern. *Psychologie heute*, 27, 6, 34-39.
- Könnecke R, Ropeter D, Wening U & Häfner H (2005). Sozialer Entwicklungsstand und subjektives Belastungserleben bei Kindern schizophrener PatientInnen. Verfügbar unter: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2005/563/pdf/1.pdf> [September, 2009]
- Körner I, Schlüter C, Lax H, Rübber H & Radmayr C (2006). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern mit Spina bifida. *Urologe*, 45, 620-625.
- Koopman HM, Koetsier JA, Taminiau AHM, Hijnen KE, Bresters D & Egeler RM (2005). Health-related quality of life and coping strategies of children after treatment of a malignant bone tumor: a 5-year follow-up study. *Pediatr Blood Cancer*, 45, 694-699.
- Kvarme LG, Haraldstad K, Helseth S, Sørnum R & Natvig GK (2009). Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 85.
- Landgraf JM, Ravens-Sieberer U & Bullinger M (1997). Quality of life research in children: methods and instruments. *Dialogues Pediatr Urol*, 20, 5-7.
- Lange K, Sassmann H, von Schütz W, Kordonouri O & Danne T (2007). Prerequisites for age-appropriate education in type 1 diabetes: a model programme for paediatric diabetes education in Germany. *Pediatric Diabetes*, 8, 6, 63-71.
- Langeveld NE, Grootenhuis MA, Voute PA, De Haan RJ & Van den Bos C (2004). Quality of life, self-esteem and worries in young adult survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 867-881.
- Lansky MR (1992). *Fathers who fail: shame and psychopathology in the family system*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lapalme M, Hodgins S & LaRoche C (1997). Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry*, 42, 623-631.
- Laubach W, Schumacher J, Mundt A & Brähler E (2000). Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. *Soz.-Präventivmed.*, 45, 2-12.

- Laucht M, Esser G, Schmidt MH (1998). Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung. Empirische Befunde. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 26, 6–20.
- Laucht M, Schmidt MH & Esser G (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 5-19.
- Lazarus H (2003). Zum Wohle des Kindes? – Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage. *Soziale Psychiatrie*, 3, 22-26.
- Lazarus RS & Folkman S (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Lehman AF (1983). The well-being of chronic mental patients. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 369-373.
- Lenz A (2005a). Kinder psychisch kranker Eltern - interinstitutionelle Kooperation als Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen. *Familie, Partnerschaft und Recht FPR*, 6, 246-250.
- Lenz A (2005b). Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern - Eine explorative Studie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 54, 382-398.
- Leppert K, Gunzelmann T, Schumacher J, Strauß B & Brähler E (2005). Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychother Psych Med*, 55, 365-369.
- Linderkamp F (2006). Komorbidität und elterliche Psychopathologie bei externalisierenden Verhaltensstörungen im Kindesalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 38, 1, 43-52.
- Lisofsky B (2004). Wenn Mama durcheinander ist... *Faszination Seele – Zeitschrift für Patienten und Angehörige*, 4, 4-5.
- López Blanco B, Moreno-Jiménez B, Múgica JMD & Muñoz AR (2005). Relationship between socio-demographic and clinical variables, and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)*, 97, 12, 887-898.
- Lubetkin EI, Jia H, Franks P & Gold MR (2005). Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: Examining the EQ-5D in the U.S. general population. *Quality of Life Research*, 14, 2187–2196.
- Marsac ML, Funk JB & Nelson L (2006). Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. *Child: care, health and development*, 33, 4, 360–367.
- Masten AS (2001). Ordinary magic – resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 3, 227-238.
- Masten AS, Best KM & Garmezy N (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Mattejat F (2007). Kinder psychisch kranker Eltern - Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung in den verschiedenen Altersstufen. Vortrag am 27. Sept. 2007 um 18.00 Uhr im historischen Rathaussaal Marburg. Kinderschutzbund Marburg und Arbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern“.

Mattejat F (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Was wir wissen und was wir tun können. Vortrag auf der Fachtagung zum Landesmodellprojekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ am Donnerstag, 12. März 2009 in Mainz.

Mattejat F & Remschmidt H (1995). Gesunde Familien, kranke Kinder? Kranke Familien, gesunde Kinder? In R Lutz & N Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker* (S. 257-265), Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Mattejat F & Remschmidt H (1997). Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen - Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 5, 371-392.

Mattejat F, Wüthrich C & Remschmidt H (2000). Kinder psychisch kranker Eltern - Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71, 164-172.

Maurice-Stam H, Grootenhuis MA, Brons PPT, Caron HN & Last BF (2007). Psychosocial indicators of health-related quality of life in children with cancer 2 months after end of successful treatment. *J Pediatr Hematol Oncol*, 29, 8, 540-550.

Meyer T & Franz M (2006). Vorstellungen zur Lebensqualität schizophrener Erkrankter. Der Zusammenhang mit ihren quantitativen Lebensqualitätsurteilen. *Psychiatr Prax*, 33, 334-349.

Meyer T, Franz M, Ehlers F, Simon C & Gallhofer B (1998). Comparison of factor - analytical derived constructs of subjective quality of life in schizophrenic patients and healthy controls. *Eur Psychiatry*, 13, 4, 149.

Miller SM, Roussi P, Caputo GP & Kruus L (1995). Patterns of children's coping with an aversive dental treatment. *Health Psychology*, 14, 3, 236-246.

Möller B, Stegemann T & Romer G (2008). Psychosoziale Belastungen bei Kindern körperlich kranker Eltern - Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 51, 657-663.

Moreno-Jiménez B, Blanco BL, Rodríguez-Muñoz A & Hernández EG (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 39- 46.

Morgado A, Smith M, Lecrubier Y & Widlöcher D (1991). Depressed subjects unwittingly overreport poor social adjustment which they reappraise when recovered. *J Nerv Ment Dis*, 179, 614-619.

Müller-Godeffroy E, Lehmann H, Küster RM & Thyen U (2004). Lebensqualität und psychosoziale Anpassung bei Kindern und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis und reaktiven Arthritiden. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 64, 3.

Mukherjee S, Sloper P & Lewin R (2002). The meaning of parental illness to children: the case of inflammatory bowel disease. *Child: Care, Health & Development*, 28, 6, 479-485.

- Naber D (1998). Subjective experiences of schizophrenic patients treated with antipsychotic medication. *Int Clin Psychopharm*, 13, 1, 41-45.
- Nandini Moorthy L, Robbins L, Harrison MJ, Peterson MGE, Cox N, Onel KB & Lehman TJA (2004). Quality of life in paediatric lupus. *Lupus*, 13, 234-240.
- Nelson DR & Hammen C (2003). The impact of maternal depression on adolescent adjustment: the role of expressed emotion. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 71, 5, 935-944.
- Nicholas DB, Otley A, Smith C, Avolio J, Munk M & Griffiths AM (2007). Challenges and strategies of children and adolescents with inflammatory bowel disease: a qualitative examination. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 28.
- Nichols-Larsen DS, Clark PC, Zeringue A, Greenspan A & Blanton S (2005). Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke*, 36, 1480-1484.
- Nicholson J, Nason MW, Calabresi AO & Yando R (1999). Fathers with severe mental illness: characteristics and comparisons. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 1.
- Nicholson J, Sweeney EM & Geller JL (1998). Focus on women: mothers with mental illness: the competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatr Serv*, 49, 635-642.
- Nolte A (2005a). Gift im Tomatensaft? Kinder psychisch Erkrankter. *Kinderkrankenpflege. Praxis*, 12/2005.
- Nolte A (2005b). Liebe und Abweisung im ständigen Wechsel - Kinder psychisch erkrankter Eltern fühlen sich oft schuldig und sind selbst gefährdet - Patenschaften helfen. Verfügbar unter: http://www.welt.de/printwelt/article679204/Liebe_und_Abweisung_im_staendigen_Wechsel.html [September, 2009]
- Östman M & Hansson L (2002). Children in families with a severely mental ill member – prevalence and need for support. *Soc PsychiatryPsychiatr Epidemiol*, 37, 243-248.
- Olausson B, Utbult Y, Hansson S, Krantz M, Brydolf M, Lindström B & Holmgren D (2006). Transplanted children's experiences of daily living: children's narratives about their lives following transplantation. *Pediatr Transplantation*, 10, 575–585.
- Opp G & Fingerle M (2007). Erziehung zwischen Risiko und Protektion. In G Opp & M Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 7-18). München, Basel: Reinhardt.
- Orsmond GI & Seltzer MM (2007). Siblings of individuals with autism or down syndrome: effects on adult lives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 9, 682–696.
- Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E & Niakas D (2007). Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece *BMC. Public Health*, 7, 186.

- Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA & Niakas D (2009). Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *Int J Public Health*, 54, 241–249.
- Penn A, Lowis SP, Stevens MCG, Hunt LP, Shortman RI, McCarter RJ, Pauldhas D, Curran AL & Sharples PM (2009). Family, demographic and illness-related determinants of HRQL in children with brain tumours in the first year after diagnosis. *Pediatr Blood Cancer*, 53, 1092–1099.
- Petersen C, Schmidt S, Bullinger M & The DISABKIDS Group (2006). Coping with a chronic pediatric health condition and health-related quality of life. *European Psychologist*, 11, 1, 50–56.
- Pollak E, Bullinger M, Jeske J & Wiegand-Grefe S (2008). How do mentally ill parents evaluate their children's quality of life? Associations with the parent's illness and family functioning. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.*, 57, 4, 301-14.
- Prause W, Saletu B, Tribl GG, Rieder A, Rosenberger A, Bolitschek J, Holzinger B, Kapfhammer G, Katschnig H, Kunze M, Popovic R, Graetzhofer E & Zeitlhofer J (2005). Effects of socio-demographic variables on health-related quality of life determined by the quality of life index - German version. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 20, 359–365.
- Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C & Jäckel A (1995). Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatr Praxis*, 22, 140-144.
- Rau J, May TW, Pfäfflin M, Heubrock D & Petermann F (2006). Schulung von Kindern mit Epilepsie und deren Eltern mit dem Modularen Schulungsprogramm. Epilepsie für Familien (FAMOSEs) - Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *Rehabilitation*, 45, 27-39.
- Ravens-Sieberer U (2003). Der KINDL^R-Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - Revidierte Form. In J Schumacher, A Klaiberg & E Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 184-188). Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer U (2006). Besondere Aspekte der Lebensqualität bei Kindern. *Dtsch Med Wochenschr*, 131, 527-530.
- Ravens-Sieberer U, Bettge S & Erhart M (2003). Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 46, 340–345.
- Ravens-Sieberer U & Bullinger M (1998a). Revidierter KINDer Lebensqualitätsfragebogen. Verfügbar unter: <http://www.catscreen.de/kindID/fragebogen.html>. [August, 2009]
- Ravens-Sieberer U & Bullinger M (1998b). News from the KINDL^R-questionnaire – a new version for adolescents. 5. Jahrestagung der International Society for Quality of Life Research (ISOQOL). *Quality of Life Research*, 7, 653.
- Ravens-Sieberer U & Bullinger M (2000). Kiddy- KINDL 4-7 Jahre (Version für Eltern). Verfügbar unter: <http://www.kindl.org/fragebogen.html> [September, 2009]

- Ravens-Sieberer U & Bullinger M (2000). Kid- KINDL 8-11 Jahre und Kiddo-KINDL 12-16 Jahre (Version für Eltern). Verfügbar unter: <http://www.kindl.org/fragebogen.html> [September, 2009]
- Ravens-Sieberer U, Ellert U & Erhart M (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50, 5-6.
- Ravens-Sieberer U, Görtler E & Bullinger M (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Eltern – Eine regionale Erhebung im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus mediznpsychologischer und –soziologischer Perspektive*. (S. 289-303). Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer U, Redegeld M & Bullinger M (2001). Quality of life after in-patient rehabilitation in children with obesity. *International Journal of Obesity*, 25, 1, 63–65.
- Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Badía X, Alvarez-Ude F, Díaz-Corte C, Naves M, Navascúes RA, Ureña A & Alvarez-Grande J (2000). Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clin Transplantation*, 14, 199–207.
- Reid GJ, Dubow EF, Carey TC & Dura JR (1994). Contribution of coping to medical adjustment and treatment responsibility among children and adolescents with diabetes. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 5, 327-335.
- Reinhold C & Kindler H (2006). Gibt es Kinder, die besonders von Kindeswohlgefährdung betroffen sind? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 17-1-17-7). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Richters JE (1992). Depressed mothers as informants about their children: a critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485-499.
- Riedel-Heller SG (2006). Ist die Primärprävention psychischer Störungen möglich? *Psychiat Prax*, 33, 145-147.
- Ringbäck Weitoft G, Haglund B, Hjern A & Rosén M (2002). Mortality, severe morbidity and injury among long-term lone mothers in Sweden. *International Journal of Epidemiology*, 31, 573-580.
- Ritsner M, Modai I, Endicott J, Rivkin O, Nechamkin Y, Barak P, Goldin V & Ponizovsky A (2000). Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry*, 61, 11, 880-889.
- Rothbaum R, Weisz JR & Snyder SS (1982). Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rutter M & Quinton D (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.

- Sandler IN, Tein J-Y, Mehta P, Wolchik S & Ayers T (2000). Coping efficiency and psychological problems of children of divorce. *Child Development*, 71, 4, 1099-1118.
- Sands RG (1995). The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders. *Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services*, 2, 86-96.
- Sawyer MG, Carbone JA, Whitham JN, Robertson DM, Taplin JE, Varni JW & Baghurst PA (2005). The relationship between health-related quality of life, pain, and coping strategies in juvenile arthritis – a one year prospective study. *Quality of Life Research*, 14, 1585–1598.
- Sawyer MG, Whitham JN, Robertson DM, Taplin JE, Varni JW & Baghurst PA (2003). The relationship between health-related quality of life, pain and coping strategies in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology*, 43, 3, 325–330.
- Schmidt S, Strauss B, Höger D & Brähler E (2004). The Adult Attachment Scale (AAS) - psychometric evaluation and normation of the German version. *Psychother Psych Med*, 54, 375-382.
- Schnell R, Hill PB & Esser E (2005). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Schou I, Ekeberg Ø, Sandvik L, Hjerstad MJ & Ruland CM (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14, 1813–1823.
- Schumacher J, Klaiberg A & Brähler E (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – eine Einführung. In: J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 1-16). Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann T, Strauß B & Brähler E (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift für klinische Psychologie & Psychotherapie*, 53, 16-39.
- Sehlen S, Song R, Fahmüller H, Herschbach P, Lenk M, Hollenhorst H, Schymura B, Aydemir U & Dühmke E (2003). Coping of cancer patients during and after radiotherapy – a follow-up of 2 years. *Onkologie*, 26, 557–563.
- Siminerio L M, Charron-Prochownik D, Banion C & Schreiner B (1999). Comparing outpatient and inpatient education for newly diagnosed pediatric patients. *The Diabetes Educator*, 25, 895.
- Soliman T (2002). Wahnsinns-Kinder. Wenn die Eltern psychisch krank werden, Sendung 37 Grad vom 09.10.2002. Verfügbar unter: www.zdf.de
- Sommer R, Zoller P & Felder W (2001). Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 50, 498-512.
- Sota TL & Heinrichs RW (2004). Demographic, clinical, and neurocognitive predictors of quality of life in schizophrenia patients receiving conventional neuroleptics. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 5, 415-421.

- Spence LJ & Kaiser L (2002). Companion animals and adaptation in chronically ill children. *Western Journal of Nursing Research*, 24, 6, 639-656.
- Stam H, Grootenhuis MA, Caron HN & Last BF (2006). Quality of life and current coping in young adult survivors of childhood cancer: positive expectations about the further course of the disease were correlated with better quality of life. *Psycho-Oncology*, 15, 31-43.
- Stauber T, Petermann F, Bachmann H & Hampel P (2005). Stressverarbeitung und Lebensqualität bei funktioneller Harninkontinenz im Kindesalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 1, 12-20.
- Stauber T, Petermann F, Haase A & Hampel P (2001). Kombiniertes Adipositas- und Anti-Stress-Training im ambulanten Bereich - Eine Pilotstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 10, 4, 240-247.
- Steinhausen H-C (2006). Developmental psychopathology in adolescence: findings from a Swiss study – the NAPE Lecture 2005. *Acta Psychiatr Scand*, 113, 6-12.
- Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H & Angermeyer MC (2006). Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 523-527.
- Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S & Angermeyer MC (2004). Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 1, 35-42.
- Teuber G, Schäfer A, Rimpel J, Paul K, Keicher C, Scheurlen M, Zeuzem S & Kraus MR (2008). Deterioration of health-related quality of life and fatigue in patients with chronic hepatitis C: association with demographic factors, inflammatory activity, and degree of fibrosis. *Journal of Hepatology*, 49, 923-929.
- Theunissen NCM, Vogels TGC, Koopman HM, Verrrips GHW, Zwinderman KAH, Verloove-Vanhorick SP & Wit JM (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 7, 387-397.
- Thommasen HV, Self B, Grigg A, Zhang W & Birmingham CL (2005). The relationship between self-rated health, stress, health-care, overall quality of life and weight in rural population. *Eating Weight Disorder*, 10, 66-69.
- Tosevski DL & Milovancevic MP (2006). Stressful life events and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 184-189.
- Trosbach J, Angermeyer MC & Stengler-Wenzke K (2003). Zwischen Einbezogenheit und Widerstand: Angehörige im Umgang mit Zwangserkrankten. *Psychiatr Praxis*, 3, 8-13.
- Uhlemann T (1990). Stigma und Normalität: Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Valente SM (2005). Sexual abuse of boys. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18, 1, 10-16.

Vrijmoet-Wiersma CMJ, Kolk AM, Grootenhuis MA, Spek EM, van Klink JMM, Egeler RM, Bredius RGM & Koopman HM (2009). Child and parental adaptation to pediatric stem cell transplantation. *Support Care Cancer*, 17, 707–714.

Wagenblaus S (2001a). Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 50, 513-524.

Wagenblaus S (2001b). Wenn Eltern in verrückten Welten leben... - Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 7, 513-524.

Wagenblaus S (2002). Forum 2: „...wenn Kinder psychisch kranke Eltern haben“. In Institut für soziale Arbeit (Hrsg.), *Hauptsache gesund?*, Soziale Praxis Heft 23, Münster.

Wan GJ, Counte MA, Cella DF, Hernandez L, Deasy S & Shiimoto G (1999). An analysis of the impact of demographic, clinical, and social factors on health-related quality of life. *Value in Health*, 2, 4, 308-318.

Watson M, James-Roberts IS, Ashley S, Tilney C, Brougham B, Edwards L, Baldus C & Romer G (2006). Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. *British Journal of Cancer*, 94, 43–50.

Werner E (2007). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G Opp & M Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 20-31). München, Basel: Reinhardt.

WHOQOL-Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 10, 1403-1409.

Wyman PA, Cowen EL, Work WC & Kerley JH (1993). The role of children's future expectations in self-system functioning and adjustment to life-stress: a prospective study of urban at-risk children. *Development and Psychopathology*, 5, 649-661.

Yost KJ, Hahn EA, Zaslavsky AM, Ayanian JZ & West DW (2008). Predictors of health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 66.

Youngstrom E, Loeber R & Stouthamer-Loeber M (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038-1050.

Zaag-Loonen HJ van der, Grootenhuis MA, Last BF, Derkx HH (2004). Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 13, 5, 1011-1019.

8. ANHANG

8.1 TABELLEN

8.1.1 INHALT DES FRAGEBOGENS ZUM ERKRANKTEN ELTERNTEIL

Tabelle 30: Inhalt des Elternfragebogens

Instrument	Quelle	Was erfasst das Verfahren
Allgemeine Angaben zum Patienten	Selbst konstruiert	Allgemeine Angaben, Fragen zu Kindern, Lebensgewohnheiten, Wohnsituation und Familie
Life Events for Parents	Norbeck, J.S. (1984); Sarason, I.G., Johnson, J.H. & Siegel, J.M. (1978)	Kritische Lebensereignisse mit Bezug zur Familie
Adult Attachment Scale (AAS)	Collins, N.L. & Reed, S.J. (1990); Schmidt, S., Strauß, B. Höger, D. & Brähler, E. (2004)	Bindungsverhalten von Erwachsenen
Erziehungsstilinventar (ESI)	Krohne, H. W. und Pulsack, A. (1990)	Erziehungsverhalten
Family Functioning Subscales (FFS)	Bloom, B.L. (1985); Stark, K.D., Humphrey, L.L., Crook, K. & Lewis, K. (1990)	Familienstruktur und Gewohnheiten
Items zur Familie	Selbst konstruiert	Unterstützung und Belastung des Kindes, Umgang der Familie/ Verwandten mit der Erkrankung

8.1.2 INHALT DES FRAGEBOGENS ZUM KIND

Tabelle 31: Inhalt des Fragebogens zu Merkmalen des Kindes

Instrument	Quelle	Was erfasst das Verfahren
Allgemeine Angaben zum Kind	Selbst konstruiert	Wohnsituation, Bezugspersonen in und außerhalb der Familie, Streitigkeiten zw. Bezugspersonen, Unterstützung für das Kind, Belastung durch die Erkrankung, Hilfe bei der Bewältigung
CBCL 4-18 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern/ Jugendlichen	Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (1998)	Kompetenzen des Kindes in den Bereichen Aktivität, Soziale Kompetenz und Schule; Auffälligkeiten (internalisierende, externalisierende und gemischte Störungen)
KINDL ^R	Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000)	Körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde, Schule, Behandlungsbedürftige Erkrankung (falls vorhanden), „weitere wichtige Fragen“
Life Events for Adolescents	Norbeck, J.S. (1984); Sarason, I.G., Johnson, J.H. & Siegel, J.M. (1978); Swearingen, Elizabeth, M., Cohen & Lawrence, H.	Verlust- und Trennungserlebnisse, schwere Krankheiten/ Verletzungen
Items zum Thema kritische Lebensereignisse	Selbst konstruiert	Kind als Opfer eines Angriffs, Heimaufenthalte
International School for Neuro-Developmental Training and Research (ISDN)	The International School für Neuro-Developmental Training and Research (ISND)	Kritische Lebensereignisse im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, ersten Lebensjahren
Items zu kritischen Lebensereignissen in der frühesten Kindheit	Selbst konstruiert	
Frage zum Einbezug des Kindes in die Krankheit des Elternteils	Selbst konstruiert	Integration des Kindes in die psychische Erkrankung, z.B. in eine Wahnvorstellung
House Rules (Quelle unbekannt)	eigene Übersetzung	Strafe bei Regelverletzung
Building Resiliency in Transcultural Adolescents (BriTA)	Kate Lemerle, Research Project Co-ordinator Research Project for Culturally Diverse Adolescents	Respekt und Anerkennung für kulturelle Unterschiede in der Schule, gesunde Schulumgebung, elterliche Einbindung in die Schule, Verkehrsanbindung zur Schule, Arbeitsmoral und Engagement der Lehrer, Ressourcen Stundenplan
California Health Kids Survey	Constantine, N.A. & Benard, B. (2001); Austin, G. & Duerr, M. (2005)	Schule (fürsorgliche Beteiligung) und Familie (bedeutsame Beteiligung)
Zusätzliche Items zum Thema Familie	Selbst konstruiert	Häusliche Zusammenarbeit, Kommunikation zwischen Eltern und Kind

Instrument	Quelle	Was erfasst das Verfahren
Profiles of Student Life – Attitudes and Behaviours (PSL-AB)	Original unbekannt	Engagement lernen; Unterstützung: familiär, sorgendes Schulklima, Einbezug der Eltern in die Schule
Items zum Thema Schule	Selbst konstruiert	„Ich frage dieses Kind, was es in der Schule macht.“ „Das Kind wurde wegen meiner Erkrankung angegriffen oder beschimpft.“
Self Description Questionnaire (SDQ II/III)	Marsh, H.W. (1992); Shavelson R.J., Hubner, J.J. & Stanton G.C. (1976); Hormann, F.B. (1984)	Sportliche und körperliche Aktivität; Körperliche Attraktivität
Items zum Thema Selbstbild des Kindes	Selbst konstruiert	- Generelles Selbstkonzept - Emotionales Selbstkonzept - Soziales Selbstkonzept - Fähigkeitsselbstkonzept - Sonstige Fähigkeiten - Emotionsregulation - Stabilität
Resilience Scale (RS)	Schumacher et al. (2005)	- Persönliche Kompetenz: Selbstvertrauen, Unabhängigkeit; - Akzeptanz des Selbst und des Lebens: Toleranz
Baruth Protective Factors Inventory (BPF)	Baruth, K.E., & Carroll, J.J. (2002)	Anpassungsfähige Persönlichkeit
Bild der Eltern von ihrem Kind	Selbst konstruiert	- Sensation/ Novelty Seeking - Religiosität - Planungs- und Entscheidungsfähigkeit - Leistungswille allgemein/ in der Schule - Bindung an die Schule
Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-KJ)	Hampel, P., Petermann F. & Dickow, B. (2001)	Emotionsregulierende Bewältigung: - Ablenkung - Bagatellisierung Problemlösende Bewältigung: - Situationskontrolle - Positive Selbstinstruktion - Soziales Unterstützungsbedürfnis Ungünstige Stressverarbeitung: - Passive Vermeidung - Gedankliche Weiterbeschäftigung - Resignation - Aggression
Items zur Einstellung/ Belastung des Kindes bezüglich der psychischen Erkrankung des Elternteils	Selbst konstruiert	Meinung, Aufklärung und Wissen des Kindes über die psychische Erkrankung des Elternteils; Belastung des Kindes
Communities That Care Youth Survey (CTC)	Arthur, M.W., Hawkins, J. D., Pollard, J.A., Catalano, R.F. & Baglioni, A.J.(2002)	Nachbarschaft: Anerkennung prosozialer Beteiligung

Instrument	Quelle	Was erfasst das Verfahren
Items zur Verbindung des Kindes zur Nachbarschaft/ Gemeinde	Selbst konstruiert	An `CTC - Communities That Care Youth Survey´ angelehnt

8.2 DANKSAGUNG

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die mich in vielfältiger Weise unterstützt und zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. M. Franz für die freundliche Überlassung des interessanten Themas und die Unterstützung bei der Fertigstellung meiner Dissertation.

Für die wertvolle Unterstützung bei der Durchführung und Betreuung meiner Arbeit möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Prof. Dr. Petra Netter, Bea Kettemann, Claudia Lujic und Karin Jäger bedanken, die mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen und immer ein offenes Ohr für mich hatten. Einen ganz herzlichen Dank möchte ich auch der Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Marburg des Universitätsklinikums Marburg und dem Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn in Marburg aussprechen, die mir die Befragung der Probanden ermöglicht haben.

Der größte Dank gilt meiner gesamten Familie und meinem Freund Michael Bender, die mich immer mit vollen Kräften unterstützt und ermutigt haben. Ein besonderer Dank gilt auch meinen Kölner Großeltern Maria und Horst Lehmann für die liebevolle Unterstützung und Finanzierung des Druckes dieser Arbeit.

Ein besonders großes Dankeschön geht an meine Eltern Susanne Schmidt-Lehmann und Frank Lehmann für die mentale und finanzielle Unterstützung während meines gesamten Studiums und Lebens und ihren Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit. Vielen Dank, dass ihr mir meinen bisherigen Weg ermöglicht habt. Danke auch an meine Schwester Birthe Lehmann, die mich immer ermutigt und mich so sehr unterstützt hat.

8.3 VERZEICHNIS AKADEMISCHER LEHRER

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren Professoren bzw. Privat-Dozenten in Marburg:

Aumüller, Barth, Basler, Bauer, Baum, Becker, Berger, Bien, Cetin, Czubayko, Daut, Dietrich, Feuser, Görg, Gress, Grimm, Griss, Gotzen, Hertel, Herzum, Hoffmann, Hoyer, Kaltenborn, Kann, Klose, Kolb-Niemann, Krieg, Kretschmer, Lill, Löffler, Löffler, Maisch, Mandrek, Meyer, Moll, Mutters, Mueller, Müller, Oertel, Neubauer, Renz, Remschmidt, Richter, Röhm, Rothmund, Röber, Ruchholtz, Schäfer, Vogelmeier, Wagner, Weihe, Werner, Westermann, Wulf.

In Stellenbosch: Warren

In Siegen: Willeke

8.5 EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt zu haben, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus -Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.



Köln, den 23. Februar 2012